



Бюро ЮНЕСКО в Москве
Большой Левшинский пер., 15/28, стр. 2
119034, Москва, Россия
Тел.: + 7 (095) 202-80-97; + 7 (095) 202-81-66; + 7 (095) 202-87-59
www.unesco.ru
e-mail: forum@unesco.ru



Организация Объединенных Наций
по вопросам образования, науки и культуры



Объединенная программа ООН
по ВИЧ/СПИДу



Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России

Сегодня уже очевидно, что эпидемия ВИЧ/СПИДа является не только проблемой, вызывающей озабоченность врачей, но и многосторонним вопросом, требующим разработки многомерной ответной стратегии.

Если эта проблема будет ограничена медицинскими аспектами или же чисто познавательной информацией, современной информатикой, образованием и популяризацией безопасной практики сексуальных отношений, то ожидаемые результаты не будут достигнуты.

В действительности эта проблема представляет собой сложный социально-экономический, общественный и культурный феномен, который следует рассматривать в перспективе устойчивого развития человеческого общества. Для предотвращения и лечения этой эпидемии необходим культурно-ориентированный подход, который смог бы охватить все аспекты этой проблемы.

Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИД в России



Москва 2003

**Культурные аспекты
профилактики и борьбы
с распространением
ВИЧ/СПИД
в России**

Москва



Издательство
«Права человека»
2003

Составители:

Осадчева И.И.
Ходжемирова Н.Д.
Кучма В.Р.
Алисов Д.А.
Кулагина Е.В.
Кузнецова Е.С.

(НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН)

Научный редактор – Колков В.В.

Доклад подготовлен при содействии Бюро ЮНЕСКО в Москве

Мнения, высказанные в настоящей публикации,
отражают точку зрения авторов
и не обязательно совпадают с официальной
позицией ЮНЕСКО

Ответственный за выпуск *И. Зайцев*
Корректор *Е. Мышева*
Технический редактор *Ю. Таранова*

ИД № 02184 от 30.06.2000. Подписано в печать 03.11.2003.
Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 500 экз.
Заказ №

Издательство «Права человека»,
119992, Москва, Zubovskiy bulvar, 17

ЗАО Рекламно-информационное Агентство «ДАР»

Фабрика офсетной печати, г. Обнинск, ул. Королева, 6

© Бюро ЮНЕСКО в Москве, 2003
© НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД
РАМН, 2003

ISBN 5-89775-033-5

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
1. Культурные особенности распространения ВИЧ/СПИДа на территории РФ, сформированные в «советский период»	12
1.1. Начало эпидемии СПИДа на территории СССР	12
1.2. Установки советского человека в отношении болезни и собственного здоровья	13
1.3. Культурологические особенности положения женщины	13
1.4. Некоторые культурные особенности и ВИЧ-инфицированные дети	14
1.5. Борьба со СПИДом в СССР – первые ошибки	15
2. Анализ культурных и эпидемиологических характеристик процесса распространения ВИЧ-инфекции на территории различных регионов РФ	16
2.1. Динамика роста числа инфицированных граждан	16
2.2. Региональный контекст распространения ВИЧ/СПИД	17
2.3. Распределение по значимости различных факторов риска и путей передачи инфекции на территории РФ	19
3. Влияние культурных особенностей населения различных регионов на динамику распространения ВИЧ-инфекции на примере Омской и Калининградской областей и Республики Татарстан	21
3.1. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Омской области	21
3.2. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Калининградской области	23
3.3. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Республики Татарстан	26
4. Молодежь и СПИД	30

4.1. Распространенность заболевания среди молодежи	30
4.2. Предпосылки рискованного поведения	30
4.3. Отношение к проблеме СПИДа как индикатор новой молодежной культуры	31
4.4. Культурные особенности, ценностные ориентации, идеалы молодежи	33
4.5. Информированность молодежи	33
4.6. Особенности восприимчивости молодежи к информации	35
5. Пути передачи ВИЧ-инфекции	36
5.1. Передача ВИЧ половым путем	36
5.2. Множественные сексуальные связи и раннее начало половой жизни	36
5.3. ВИЧ и ЗППП.	36
5.4. ВИЧ-инфекция и проституция	37
5.5. Изнасилование и ВИЧ-инфекция	37
5.6. Вертикальная передача ВИЧ	38
5.7. Инъекционная наркомания	39
5.8. Женщины, употребляющие наркотики	41
5.9. ВИЧ-инфицированные в учреждениях пенитенциарной системы	41
5.10. Программы по профилактике распространения ВИЧ- инфекции, связанного с употреблением инъекционных наркотиков	42
6. Общество и СПИД. Культурная среда как фактор, влияющий на динамику распространения СПИДа в России	44
6.1. Информированность населения о ВИЧ/СПИДе как показатель общей культуры общества	44
6.1.1. Уровень информированности, источники получения информации о ВИЧ	44
6.1.2. СПИДофобия, распространенные культурные стереотипы	46

6.1.3. Информация, циркулирующая в неформальных каналах межличностной коммуникации – слухи, мифы	46
6.1.4. Поведенческие стереотипы ВИЧ-инфицированных	47
6.1.5. Гендерные ролевые позиции в России	48
6.2. Образ «чумы XX века» и актуальные проблемы культуры общества	48
6.2.1. Страх инфицирования	48
6.2.2. Отношение населения к использованию презерватива	48
6.2.3. Агрессивная позиция по отношению к больным СПИДом	49
6.2.4. Дискриминация ВИЧ-инфицированных	49
6.3. Позиция СМИ	50
6.3.1. Тенденции в СМИ	51
6.3.2. Особенности проведения информационных кампаний по борьбе со СПИДом	52
6.4. Значение особенностей современного русского литературного языка в контексте рассматриваемой проблемы	54
6.5. Участие Церкви в решении проблемы распространения ВИЧ/СПИДа на территории России	55
7. Государство и СПИД. Культура отношения государства к больным и ВИЧ-инфицированным в России	57
7.1. Законодательный контекст	57
7.1.1. Уголовное наказание за распространение ВИЧ	57
7.1.2. Закон о СПИДе и иностранные граждане	58
7.1.3. Обязательные исследования на ВИЧ российских граждан	58
7.2. Процедура взаимодействия органов здравоохранения с больными и ВИЧ-инфицированными	59
7.2.1. Положительный опыт России в организации выявления и учета ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом	59
7.2.2. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами.	59

7.2.3. Лечение ВИЧ-инфекции	60
7.2.4. Реабилитационная работа с больными и ВИЧ-инфицированными и их близкими	60
7.3. Культура отношения к больным со стороны государства, органов здравоохранения	62
7.4. Репродуктивные права ВИЧ-инфицированных женщин	63
7.5. Культура отношения к больным со стороны населения ..	64
8. Российская практика борьбы со СПИДом	66
8.1. Организации, занимающиеся проблемой СПИДа	66
8.1.1. Государственные организации	66
8.1.2. Общественные организации – иностранные и российские	68
8.1.3. Опыт работы международных неправительственных организаций в России в области предупреждения распространения ВИЧ-инфекции	69
8.1.4. Направления работы общественных организаций	70
8.2. Программы, реализуемые на территории РФ	71
8.2.1. Федеральная программа на 2001–2003 гг.	71
8.2.2. Опыт работы центра СПИД в Санкт-Петербурге	71
8.3. Направления работы по профилактике ВИЧ/СПИДа ...	72
8.3.1. Особенности профилактической работы в мегаполисах ..	72
8.3.2. Некоторый практический опыт работы по профилактике	74
8.3.3. Оценка эффективности профилактической работы	75
8.3.4. Направления научных исследований	76
9. Основные направления работы по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в России	78
Источники	79

Введение

Создание в 1994 г. Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) породило новый подход к профилактике и лечению этой болезни. В этой программе подчеркивалась необходимость более широкой координации работы различных учреждений. Упор делался также на необходимость как профилактики, так и лечения болезни, учитывая связанные с этим важные социальные факторы. В результате этого ЮНЭЙДС участвовала в целом ряде исследований, в центре которых находилась разработка новых методологических стратегий, призванных решить эту проблему.

В соответствии с предложением, сделанным Сектором культуры ЮНЕСКО программе ЮНЭЙДС и на основе культурно-ориентированного подхода к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, в целях устойчивого развития в мае 1998 г. было начато осуществление совместного проекта под названием «Культурно-ориентированный подход к ВИЧ/СПИДу: профилактика и борьба с распространением». Целями этого проекта были стимулирование нового мышления и широкого обсуждения и пересмотр существующих механизмов.

Культурно-ориентированный подход означает учет характерных черт населения, включая его образ жизни и установки, которые следует учитывать как точку отсчета при разработке планов действий. Это имеет важное значение, если мы хотим изменить типичное поведение на долгосрочной основе — важнейшее условие замедления или прекращения дальнейшего распространения эпидемии.

Накопленный опыт говорит о том, что все большее число людей признает, что эпидемия ВИЧ/СПИДа является не только проблемой, вызывающей озабоченность врачей, но и, скорее, многосторонним вопросом, требующим разработки многомерной ответной стратегии. Если эта проблема будет ограничена медицинскими соображениями или же чисто познавательной информацией, современной информатикой, образованием и коммуникацией для

популяризации безопасной практики сексуальных отношений (например, содействие широкому использованию презервативов), то ожидаемые результаты не будут достигнуты. В действительности эта проблема представляет собой сложный социально-экономический, общественный и культурный феномен, который следует рассматривать в перспективе устойчивого развития человеческого общества. Таким образом, для предотвращения и лечения этой эпидемии необходим культурно-ориентированный подход с целью охвата всех аспектов этой проблемы.

В общих чертах данный подход должен удовлетворять двум условиям:

- **основывать развитие** на умственных способностях, традициях, взглядах и системах ценностей в той мере, в какой они могут ускорять необходимые перемены или замедлять их в том случае, если они определены неверно и будут обязательно мешать осуществлению проводимых мероприятий;
- **осуществлять мобилизацию культурных ресурсов** данных групп населения, с тем, чтобы использовать их поддержку путем совместного определения потребностей и форм деятельности, а также необходимых изменений в мышлении и поведении в целях осуществления устойчивого развития сообществ коренных жителей.

В течение последних 15 лет осуществлялось множество различных подходов в попытке сдержать рост числа случаев ВИЧ и минимизировать его негативные последствия для отдельных лиц, семей и общества. Сейчас уже ясно, что не существует простой формулы, которая бы работала во всех странах. Наиболее эффективными национальными ответными реакциями являются те, которые разрабатываются с учетом конкретных потребностей данной страны. Они касаются конкретных ситуаций, таящих в себе угрозу заражения ВИЧ и борьбы с его последствиями, и учитывающих реальный потенциал населения и учреждений страны.

Данный доклад был подготовлен в рамках совместного проекта ЮНЕСКО/ЮНЭЙДС в 2002–2003 гг.

Цель доклада состоит в том, чтобы всесторонне проанализировать ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции на сегодняшний день в России, оценить влияние культурных особенностей на распространение вируса, выделить главные культурные особенности и обозначить направления работы.

Опыт работы международных организаций по профилактике распространения и лечения ВИЧ/СПИД-инфекции в различных странах в тех или иных формах используется российскими организациями. Для того чтобы наиболее эффективно реализовывать программы по профилактике и лечению СПИДа в России, российским государственным и неправительственным организациям необходима реальная помощь коллег из других стран.

Постановка проблемы

В России число ВИЧ-инфицированных с каждым годом возрастает в геометрической прогрессии, и в 2003 г. официально зарегистрировано более 253 тысяч ВИЧ-инфицированных российских граждан. В среднем по России поражено 0,17 – 0,18% от общего населения, но в отдельных регионах показатели выше. По мнению руководителя Российского федерального центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, академика Российской академии медицинских наук В. Покровского, реальная цифра ВИЧ-инфицированных в России во много раз больше и может составлять около 1 млн. человек.

Анализируя распространение ВИЧ/СПИДа на территории Российской Федерации, специалисты отмечают его эпидемиологический характер. Многочисленные исследования, в том числе материалы, распространяемые по каналам СМИ, показывают, что в настоящее время проблемы СПИДа находятся в центре внимания только узкого круга специалистов и людей, больных СПИДом, ВИЧ-инфицированных и их близких.

Специфика социального характера распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации проявляется в культурных особенностях, в особом отношении граждан к проблеме СПИДа, низком уровне информированности, специфическом инфантильном отношении к мерам личной безопасности, склонности к рискованному поведению и т.п. Кроме того, наличие таких социальных проблемных зон, как распространение наркомании, проституция, гомосексуализм, а также недостаточная подготовленность (как психологическая, так и профессиональная) большей части медицинских работников к контактам с ВИЧ/СПИД-инфицированными, неэффективная профилактическая работа центров по борьбе со СПИДом – все это способствует распространению инфекции на всей территории постсоветского пространства.

Важной причиной, способствующей распространению эпидемии ВИЧ/СПИД не только в России, но и на всей территории бывшего СССР, являются изменения, произошедшие в результате распада Союза и перехода к рыночной экономике. Следствием тотальных изменений в стране стала резкая дифференциация в уровне жизни населения, разрушение существовавшей системы здравоохранения, охватывавшей бывшие союзные республики, и резкое снижение финансирования бюджетных медицинских и образовательных учреждений. Формирование новых жизненных приоритетов у большей части взрослого населения, воспитание молодежи происходило в новых экономических, политических и социальных условиях: безработица, увеличение социального неравенства, алкоголизм, рост наркомании и т.п. Практически четвертая часть населения живет за чертой бедности. Все это не могло не повлиять на распространение эпидемии СПИДа в России.

В целом социально-экономическая ситуация в России оценивается как весьма сложная. За прошедшее десятилетие реформ в Российской Федерации в результате кризиса, общественно-политических потрясений, неустойчивого развития экономики страны, недостаточного правового, ресурсного, информационного и финансового обеспечения мероприятий по сохранению общественного здоровья и развитию здравоохранения произошло значительное ухудшение состояния здоровья населения. Во многом утрачены культурные традиции в области профилактики и охраны личного здоровья. Большинство факторов окружающей и производственной среды имеют неблагоприятную динамику. Их воздействие на здоровье населения и, в частности, женщин, приобретает все более грозные проявления.

По данным Всероссийской переписи населения 2002 г. численность постоянного населения Российской Федерации составила 145,2 млн. человек, из них 106,4 млн. человек (или 73%) являются городскими жителями, а 38,8 млн. человек (или 27%) проживают в сельской местности. Россия занимает седьмое место в мире по численности населения после Китая (1285 млн. человек), Индии (1025 млн. человек), США (286 млн. человек), Индонезии (215 млн. человек), Бразилии (173 млн. человек) и Пакистана (146 млн. человек). По сравнению с переписью населения 1989 г. численность населения уменьшилась на 1,8 млн. человек, в том числе проживающих в городских поселениях — на 1,6 млн. человек, в сельской местности — на 0,2 млн. человек. В России, как и в большинстве развитых стран мира, прекратился процесс урбанизации — соотношение го-

родских и сельских жителей сохранилось на уровне переписи 1989 г. Почти пятая часть населения страны проживает в 13 городах — «миллионниках»: Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Нижнем Новгороде, Екатеринбурге, Самаре, Омске, Казани, Челябинске, Ростове-на-Дону, Уфе, Волгограде, Перми.

На 1000 мужчин приходится 1147 женщин (в 1989 г. — 1140). Преобладание численности женщин над численностью мужчин отмечается начиная с 33-летнего возраста. Как и для большинства европейских стран, для России характерно старение населения. По сравнению с переписью 1989 г. средний возраст жителей страны увеличился на 3 года и составил 37,7 лет. Почти треть населения (43,5 млн. человек) являются иждивенцами отдельных лиц. Подавляющая часть иждивенцев (свыше 80%) — дети и молодежь до 25 лет.

Число супружеских пар составило 34 миллиона (в 1989 г. — 36 млн.). Из общего числа супружеских пар 3 млн. состояли в незарегистрированном браке. Брачная структура населения характеризуется следующими данными: из 1000 человек в возрасте 16 лет и более 210 человек никогда не состояли в браке (в 1989 г. — 161); 572 — состоят в браке (в 1989 г. — 653); 114 — вдовы (в 1989 г. — 110); 94 — разведенные (в 1989 г. — 72). Традиционно число женщин, указывающих, что они состоят в браке, превышает число состоящих в браке мужчин (в 2002 г. — на 65 тыс. человек, в 1989 г. — на 28 тыс. человек).

Культурную особенность России определяет то, что она многонациональна. В ходе переписи 2002 г. было обеспечено свободное самоопределение национальной принадлежности. При переписи населения было выявлено, что в Российской Федерации проживают представители свыше 160 национальностей. Семь народов, населяющих Россию, — русские, татары, украинцы, башкиры, чувашаши, чеченцы и армяне — имеют численность населения, превышающую 1 млн. человек. Наиболее многочисленны русские — 116 млн. человек (80% жителей страны). Основная религия — православие (90%). Большинство неславянских народов Поволжья и Северного Кавказа исповедуют ислам. Часть населения исповедует иудаизм, буддизм.

1. Культурные особенности распространения ВИЧ/СПИДа на территории РФ, сформированные в советский период

1.1. Начало эпидемии СПИДа на территории СССР

В СССР первый инфицированный был выявлен в 1987 г. Центральные газеты писали о «гомосексуалисте В., заразившемся в Африке, где он работал переводчиком». В общественном мнении был сформирован **образ больного** как «изможденного, умирающего от позорной болезни гомосексуалиста». В то время общество крайне негативно относилось к больным. Советские люди испытывали презрение и страх к больным и инфицированным.

Для иллюстрации воспроизведем письмо в газету «Труд», опубликованное летом 1987 г.: *«Уважаемая редакция! Стало известно, что двадцать больных СПИДом негласно выписаны из 2-й инфекционной больницы Москвы. С них взята подписка, что они будут предупреждать своих партнеров о том, что больны заразной и особо опасной болезнью. Таким образом, здоровье и жизнь людей легко поставлена в зависимость от чьей-то порядочности или непорядочности. Выпущенные больные сами заразились в результате своих случайных связей. А из печати мы знаем, что в США большинство больных спокойно гуляют на воле, больны уже миллионы людей. Просим через газету поднять срочно эту проблему и принять меры».*

Из текста явно видна истерическая реакция на новую ситуацию. **Реакция отторжения, негативного отношения и полного отвращения к инфицированным ВИЧ** ярко выражается в поговорках, возникших в середине 80-х. Например, «если дядя с дядей спит, у обоих будет СПИД» или «самое верное лекарство от СПИДа – спать одному».

1.2. Установки советского человека в отношении болезни и собственного здоровья

ВИЧ-инфицированные в конце 80-х гг. были причислены к наиболее критикуемым общественным группам — гомосексуалистам, проституткам и наркоманам. Это привело к тому, что заражение вирусом было приравнено к **аморальному поведению, которое осуждалось всеми членами советского общества**. С этим во многом связано возникновение агрессивной позиции по отношению к носителям инфекции.

Влияние советского периода на распространение ВИЧ проявлялось еще и в установке, что **советский человек непременно должен был пожертвовать собой ради остальных членов общества**. Пожертвовать собой ради всего общества в данном случае означало — если ты заразился ВИЧ, то должен исчезнуть, уехать, уйти с работы, не позорить семью, изолироваться от всех и даже умереть.

Само общество было готово принять подобную жертву, и это считалось нормой. Нормой считалась также готовность жертвовать своим здоровьем (и, кстати, подвергать риску других) ради общественно-значимых целей. «Болезнь» считалось дурным тоном, приход больного на работу воспринимался в порядке вещей, и человек брал больничный только в самом тяжелом случае заболевания. Такие жертвы приносились ради интересов коллектива.

На этом базируется желание создания резерваций — «санаториев для ВИЧ-инфицированных», стремление изолировать больных от «здорового общества».

1.3. Культурологические особенности положения женщины

Исторически в православных традициях главой семьи считается мужчина. В «Домострое» — одном из выдающихся произведений русской литературы XVI века — перечисляются обязанности жены, дочери, работницы, в основе которых труд в семье неустанный и повиновение мужу, отцу, хозяину, ответственность матерей за детей своих и ведение хозяйства. Патриархальность отношений к женщине проявлялась даже в том, что в период монархического правления при проведении переписи населения учитывались только лица мужского пола.

После Социалистической революции 1917 г. политика по отношению к женщинам проводилась с позиции эмансипации и фор-

мального равенства с мужчинами. Однако, учитывая бытовой, политический и хозяйственный характер отношений, можно, тем не менее, утверждать, что советский период проходил под доминирование мужского начала, хотя и можно привести многочисленные примеры успешной женской карьеры. Доминирующее положение занимал мужчина и в семейных отношениях. В сексуальной сфере здоровье и безопасность советской женщины во многом зависели от ее партнера, начальника или клиента.

Культура использования индивидуальных средств защиты находилась на довольно низком уровне. Например, и сегодня многие женщины не требуют от своего партнера использования презерватива, т.к. боятся, что он может обидеться или не получить полного сексуального удовлетворения. Статистика утверждает, что практически половина всех женщин с ВИЧ в России заразились ВИЧ-инфекцией не при случайной половой связи или при употреблении наркотика, а от своего постоянного партнера или мужа.

Подчиненное положение женщины в обществе, на работе и в семье, домашнее и сексуальное насилие — эти проблемы приобретают с распространением эпидемии СПИДа особую остроту.

1.4. Некоторые культурные особенности и ВИЧ-инфицированные дети

В конце 80-х годов впервые заговорили о «детском СПИДе», когда более 270 детей были заражены в детских больницах Ростова, Элисты, Ставрополя, Волгограда вирусом иммунодефицита. Сообщения в СМИ об этом инциденте вызвали у населения шок. Такая реакция была вполне объяснима — **официальные органы заявляли, что СПИД — это западная болезнь и обычным советским гражданам она не грозит. И вдруг пострадавшими оказались самые незащищенные граждане — дети.**

В обществе началась истерия — родители отказывались от прививок, от медицинской помощи, в печати появились статьи о самых невероятных способах заражения. Одновременно был взрыв агрессии среди населения, проживающего рядом с семьями детей и родственников зараженных ВИЧ. Соседи били стекла, неоднократно были попытки поджога домов. В основе агрессивности, выплеснувшиеся на инфицированных детей, лежит неосознанный страх, корни которого в непонимании, в непросвещенности.

Уровень культуры взаимодействия с инфицированными деть-

ми, как со стороны родителей, так и со стороны сообщества, был чрезвычайно низок в конце 80-х и ненамного изменился в течение 90-х. Как следствие низкого уровня культуры, практически все семьи этих детей были разрушены. Матери часто отказываются от больных и инфицированных детей. В настоящее время большее количество ВИЧ-инфицированных детей воспитываются в детских домах или живут непосредственно в отделениях инфекционных больниц.

1.5. Борьба со СПИДом в СССР – первые ошибки

Для оказания помощи заразившимся вирусом иммунодефицита были созданы специализированные, **закрытые** для общественности **центры по профилактике и борьбе со СПИДом**. В результате создания такого типа учреждений большинство медицинского персонала оказалось изолировано от инфицированных пациентов. Со временем сформировалось убеждение, что работать с данным контингентом должны специально подготовленные медицинские работники.

Большинство специалистов разделяют мнение, что данный подход в лечении ВИЧ/СПИДа был ошибочным. Центры фактически изолировали ВИЧ-инфицированных, что в дальнейшем привело к серьезным последствиям:

- **сегодня большинство российских медиков практически не готовы и не хотят работать с ВИЧ-инфицированными пациентами;**
- **инфицированные ограничены в получении помощи, в основном, в возможностях специальных центров, финансирование которых явно недостаточно.**

2. Анализ культурных и эпидемиологических характеристик процесса распространения ВИЧ-инфекции на территории различных регионов РФ

2.1. Динамика роста числа инфицированных граждан

В России продолжает нарастать эпидемия ВИЧ-инфекции, признаки которой стали явными в 2000 г. По расчетным данным, в России проживает до 2 млн. инфицированных ВИЧ лиц. (Российская газета. 2003. 5 ноября.) По данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России, за период с 1 января 1987 по 31 декабря 2000 года было зарегистрировано 90 177 больных с диагнозом ВИЧ-инфекции и СПИДа, в том числе 1135 – дети до 14 лет включительно (из них 427 – дети, рожденные у ВИЧ-инфицированных матерей). Число впервые зарегистрированных случаев на 100 000 населения России составляло в 1995 году 0,13, в 2001 – 59,9. Таким образом, этот показатель, наиболее близкий к понятию «заболеваемость», вырос за шесть лет в 460 раз.

Рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции:

декабрь 2000 г. – зарегистрировано 86 000 случаев

декабрь 2001 г. – зарегистрировано 177 000 случаев

сентябрь 2002 г. – зарегистрировано 214 500 случаев

Распределение ВИЧ-инфицированных по полу и возрасту в России следующее: 77% ВИЧ-инфицированных – мужчины, 23% – женщины.

Возраст ВИЧ-инфицированных мужчин:

0–14 лет – 1%;

15–20 лет – 20%;

20–30 лет – 63%;

30–40 лет – 12%.

Возраст ВИЧ-инфицированных женщин:

- 0–14 лет – 3%;
- 15–20 лет – 27%;
- 20–30 лет – 58%;
- 30–40 лет – 9%;
- более 40 лет – 3%.

Таким образом, большая часть ВИЧ-инфицированных в России – мужчины. 70% зараженных – это молодые люди в возрасте 17–25 лет.

В государственном докладе «О положении детей в Российской Федерации 2002 год» (М., 2002) констатируется, что одной из наиболее острых и тревожных проблем в настоящее время является распространение ВИЧ/СПИДа среди населения, в том числе детей: в 1988 г. было выявлено 64 ВИЧ-инфицированных ребенка, в 1999 г. – 99, в 2000 г. – 261, в 2001 г. – 442. На начало 2002 г. общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в стране составило 177,4 тыс., в т.ч. 2,6 тыс. детей. Распространение ВИЧ-инфекции связано с ростом числа подростков-наркоманов, с ранним началом половой жизни (с 14–15 лет), со ставшей нормой поведения множественностью сексуальных связей, ростом числа ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста.

Среди ВИЧ-инфицированных возрастает доля женщин. Среди впервые выявленных случаев заражения ВИЧ соотношение между мужчинами и женщинами оставляет 3 : 1, тогда как в прошлые годы оно равнялось 4 : 1. Около 90 % ВИЧ-инфицированных женщин находится в репродуктивном возрасте, что обостряет проблему вертикального пути заражения от матери к ребенку во время беременности и родов. По данным Научно-практического центра Минздрава России по оказанию помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, по состоянию на 25 марта 2002 г. со времени регистрации в России от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1816 детей, в т.ч. свыше 700 в 2001–2002 гг.

2.2. Региональный контекст распространения ВИЧ/СПИД

Случаи ВИЧ-инфекции и СПИДа зарегистрированы в 87 субъектах Российской Федерации. Около 1% ВИЧ-инфицированных среди обследованного населения выявлено в 2001 году на территории Ханты-Мансийского А.О., Ленинградской, Оренбургской, Са-

марской, Саратовской, Свердловской, Ульяновской, Челябинской областей и г. Санкт-Петербурга.

На начало 2002 г. ВИЧ-инфицированные дети зарегистрированы в 71 субъекте РФ. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных детей зарегистрировано в Иркутской (336), Свердловской (259), Московской (248), Ростовской (183) и Калининградской (149) областях, Москве (122) и Краснодарском крае (114).

Число зарегистрированных случаев
Июнь 2002

Московская область – 17 158
Москва – 15 671
Санкт-Петербург – 16 588
Свердловская обл. (Екатеринбург) – 16 628
Самарская область – 15 161
Иркутская область – 13 059
Калининградская область – 3819
Омская область – 187
Татарстан – 3913

Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдается в Калининградской, Иркутской, Московской областях, Ханты-Мансийском автономном округе, Тюменской и Ульяновской областях. Распространение среди населения Российской Федерации ВИЧ-инфекции достигла к июню 2002 года 142,7 человек на 100 тысяч.

Распространение ВИЧ в разных регионах
(число зарегистрированных носителей на 100 000 населения)
Июнь 2002

Иркутская область – 502,5
Ханты-Мансийский АО – 478,9
Калининградская область – 402,6
Омская область – 25,8
Московская область – 265,4
Санкт-Петербург – 355,9
Москва – 183,6
Россия – 142,7

Среди **обследованных в группе наркоманов** от 6% до 10 % ВИЧ-инфицированных выявлено на территориях: Бурятии, Удмуртии, Владимирской, Волгоградской, Вологодской, Костромской, Мур-

манской, Оренбургской, Пермской, Саратовской, Тверской, Челябинской и Ярославской областей. От 10% до 18 % **зараженных ВИЧ-инфекцией наркоманов** выявлено на территориях: Ханты-Мансийского А.О., Ленинградской, Московской, Рязанской, Самарской, Свердловской областей и г. Санкт-Петербурга. В Чеченской республике выявлено 57% ВИЧ-инфицированных наркоманов, но число обследованных не является репрезентативным.

С ноября 1998 г. в **Москве и Московской области** наблюдается резкое ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции. Из всех случаев ВИЧ-инфекции в России, выявленных в 1999 г., более 60% приходится на Московский регион.

Проведенный эпидемиологический анализ позволил определить, что быстрое распространение ВИЧ-инфекции происходит в среде внутривенных потребителей наркотиков. Так, в 1998 г. из общего числа лиц с установленными причинами заражения 80,8% в г. Москве и 75,5% в Московской области были инфицированы при внутривенном введении наркотических веществ.

В **Иркутской области** в 2001 г. обследовано 564 270 человек, из них выявлено 3582 серопозитивных к ВИЧ, что составляет 634,8 человек на 100 000 обследованных. При этом количество выявленных ВИЧ-инфицированных лиц среди наркоманов – 1391, что составляет 38,8% от всех инфицированных и 10079,0 на 100 000 населения. Подобная же картина наблюдается в других регионах, «неблагополучных» по количеству ВИЧ-инфицированных: В **Ханты-Мансийском А.О.** наркозависимые составляют 51,02% от всех ВИЧ-инфицированных; в **Калининградской области** 27,04%; в **Санкт-Петербурге** – 34,89%.

2.3. Распределение по значимости различных факторов риска и путей передачи инфекции на территории РФ

Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной матери ребенку и от инфицированного ребенка матери.

Анализ статистических данных позволяет заключить, что рост заболеваемости в **течение последних шести лет** связан с распространением ВИЧ среди потребителей внутривенных наркотических ве-

ществ, которые составляют 94% среди ВИЧ-инфицированных с известным фактором риска заражения. До 1996 года ВИЧ-инфекция в России распространялась половым путем, и большинство зараженных составляли мужчины-гомосексуалисты.

3. Влияние культурных особенностей населения различных регионов на динамику распространения ВИЧ-инфекции на примере Омской и Калининградской областей и Республики Татарстан

3.1. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Омской области

Омская область входит в Сибирский федеральный округ и расположена на Западно-Сибирской низменности по течению реки Иртыш. Основную часть населения составляют русские, проживают также украинцы, казахи, татары и др.

Численность постоянного населения по Омской области (тыс. человек)

Все население			Городское население			Сельское население		
мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
2079,2	966,5	1112,7	1428,3	655,0	773,3	650,9	311,5	339,4

В целом Омскую область можно рассматривать как относительно благополучный регион – количество ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения 25,8 человек, из них ни один не болен СПИДом.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Омской области на 01.01.2002 г.

В Омской области выявлено 187 случаев ВИЧ-инфекции. Из них в 1996 г. – 1, в 1997 г. – 5, в 1998 г. – 7, в 1999 г. – 9 случаев, в

2000 г. – 59 случаев, и за 12 месяцев 2001 года – 106 случаев. Показатель заболеваемости увеличился с 2000 г. до 2001 г. в 1,8 раза. В 114 случаях заражение происходило за пределами Омской области. Наиболее интенсивный занос инфекции происходил с территории г. Москвы. На территории г. Москвы было инфицировано 45 человек, на Украине – 9 человек, в Тюменской области – 16, в Иркутской области – 6. Не установлена территория заражения у 14 человек. На территории постоянного проживания – в Омской области – было инфицировано 59 человек.

Среди ВИЧ-инфицированных 167 мужчин и 20 женщин. По возрасту ВИЧ-инфицированные распределились следующим образом: от 15 до 19 лет – 26 человек, от 20 до 29 лет – 116 человек, от 30 до 39 лет – 28 человек и от 40 до 49 – 10 человек (7 – анонимно). Из 187 ВИЧ-инфицированных 88 человек было выявлено в местах лишения свободы.

По результатам эпидемиологических исследований в 24 случаях установлен половой путь передачи возбудителя, в 151 случае парентеральный при внутривенном приеме наркотиков, в 12 случаях не установлен. 1 пациент умер от заболевания не связанного с ВИЧ-инфекцией, в 1997 году, 1 умер в 2000 году, и 2 ВИЧ-инфицированных умерло в 2001 году.

На 01.01.2002 г. на диспансерном учете в ОЦПБСИЗ состоит 74 ВИЧ-инфицированных (42 жителя г. Омска и 32 сельских).

Таким образом, **основными проявлениями эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Омской области являются:**

- рост заболеваемости;
- преобладание случаев заражения за пределами Омской области;
- преимущественное вовлечение в эпидемический процесс населения в возрасте от 20 до 29 лет и в большей степени мужского пола;
- наиболее поражаемой социальной группой населения являются безработные и лица, совершающие правонарушения;
- основным путем передачи возбудителя является парентеральный при внутривенном приеме наркотиков.

Выводы: В сравнении с другими областями Омскую область можно отнести к благополучным с эпидемической точки зрения регионам. На это влияют **особенности Омской области как яркого представителя урбанистического типа культуры.** Большая часть насе-

ления города представлена коренными сибиряками со своей субкультурой и потомками репрессированных и ссыльных, образующих городскую интеллигенцию. Менталитет городского населения близок к традиционному сельскому со всеми вытекающими последствиями.

Невысокое число мигрантов и миграции населения в целом, как бы блокировали распространение эпидемии в области. И только в разгар экономического кризиса, когда население стало более мобильно благодаря предпринимательской деятельности и выездам на заработки, а в город начала активно поступать наркотическая продукция, количество ВИЧ-инфицированных выросло. Как показывает статистика, основной рост заболеваемости осуществляется благодаря распространению инфекции среди молодых людей, преимущественно наркоманов. Это стало возможно из-за серьезного изменения **ценностно-нормативных и эмоционально-психологических характеристик молодого поколения.**

3.2. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Калининградской области

Калининградская область образована 7 апреля 1946 г. из части бывшей Восточной Пруссии по решению Берлинской конференции 1945 г. После депортации немецкого населения была заселена преимущественно русскими и представителями других национальностей. После распада Советского Союза область была изолирована от РФ, что создает для ее жителей и гостей определенные трудности. В советский период область отличалась закрытостью для посещения иностранцев, после распада Союза становится одним из центров интенсивного экономического и культурного обмена. Калининградская область является одним из самых проблемных регионов России.

Численность постоянного населения по Калининградской области (тыс. человек)

Все население			Городское население			Сельское население		
мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
955,2	456,3	498,9	741,8	351,4	390,4	213,4	104,9	108,5

В Калининградской области количество ВИЧ-инфицированных выросло в период эпидемии в 16,4 раза по сравнению с доэпидемическим периодом. На сегодняшний день Калининградская область по статистике занимает 18-е место среди регионов России по количеству ВИЧ-инфицированных жителей. В то время как сам город Калининград занимает первое место по соотношению ВИЧ инфицированных на общую численность населения: 1796 зараженных на 400 000 жителей. Большую часть пострадавших от вируса составляют молодые люди в возрасте от 12 до 30 лет. При условии сохранения существующей динамики в 2005 году каждый 40 (сороковой) житель города в возрасте от 2 до 30 лет станет носителем ВИЧ-инфекции, что может остановить развитие региона в будущем.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Калининградской области превышает среднероссийский почти в три раза. Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции к 28.11.2002 достигло 3891 человека. На учете в центре профилактики СПИДа стоят и 19 детей, заразившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Почти 60 процентов носителей вируса иммунодефицита – молодые люди в возрасте от 20 до 29 лет. На сегодняшний день в эпидемию вовлечено 1,5 процента населения в возрасте от 15 до 50 лет. Число женщин среди всех ВИЧ-носителей постоянно растет и приближается к одной трети. По-прежнему основным путем заражения в области остается инфицирование через внутривенное употребление наркотиков (78 процентов ВИЧ-носителей – молодые наркоманы), но постоянно растет процент заразившихся половым путем.

Социальный портрет ВИЧ-инфицированного в 1997 году (на пике прироста эпидемии) и в текущем году претерпел существенные изменения. Теперь это не только 23–25-летние наркозависимые, в основном мужчины, но также и социально-адаптированные мужчины и женщины разного возраста. В этом году больше трети носителей ВИЧ-инфекции заразились половым путем.

С 1988 года по 1995 год для Калининградской области ВИЧ-инфицирование было «элитным». Заражались в основном люди обеспеченные, часто выезжающие за границу, моряки. Только потом хлынул поток социально неадаптированного населения, наркоманов. За весь период эпидемии в Калининградской области умер 421 ВИЧ-инфицированный, в том числе 31 человек – от СПИДа. За первые полгода 2002 г. умер 51 человек, произошло снижение смертности на 32% по сравнению с тем же периодом прошлого года. Специалисты утверждают, что это связано с уменьшением случаев передозировки наркотиков, снижением количест-

ва поступающей на наркорынок продукции, улучшением оказываемой реанимационной и токсикологической помощи. За первое полугодие 2002 года в области выявлено 215 ВИЧ-инфицированных, что на 11% меньше, чем за такой же период прошлого года (244 случая). По темпам прироста случаев инфицирования Калининградскую область опередили несколько регионов, повторяя здешнюю ситуацию, только бывшую несколько лет назад.

Основные источники распространения – внутривенные наркотики, платные секс-услуги, беспорядочные половые связи. Кажется бы, обычный набор, но в силу географического положения области в Калининграде была всегда распространена проституция. Также область одна из первых «познакомилась» с наркотиками. 82% наркоманок зарабатывают на жизнь **секс-бизнесом**. Как показывает практика, для таких женщин ВИЧ-инфекция как диагноз и предупреждение об ответственности за распространение не являются основанием для изменения стереотипов социального поведения.

При медицинском освидетельствовании работниц секс-бизнеса из 25 задержанных 28% уже имели диагноз ВИЧ-инфекции, установленный как у потребителей наркотиков.

Основная причина занятия проституцией – отсутствие средств к существованию, в том числе для покупки психотропных веществ. Установлено, что только 16% женщин используют презервативы. Остальные не применяют презервативы по причине отказа от них со стороны клиента.

Таким образом, **за счет женщин-наркоманок, занимающихся проституцией, наблюдается «выброс» инфекции из среды наркопотребителей в гетеросексуальную популяцию, что усугубляет течение эпидемии.**

Выводы: Рост распространения ВИЧ на территории Калининградской области связан с определенной «открытостью» региона по отношению к европейским странам, также в отличие от других регионов России (например, регионов Сибири и Дальнего Востока). На первое место в распространении ВИЧ-инфекции в период активного роста эпидемии вышло **распространение СПИДа среди потребителей внутривенных наркотиков, но сейчас основной путь распространения болезни – беспорядочные половые связи. Пример Калининградской области можно во многом рассматривать как выражение общих тенденций распространения болезни в нашей стране и, в некотором смысле, как «предполагаемое будущее эпидемии».**

3.3. Влияние культурных особенностей населения на распространение ВИЧ на примере Республики Татарстан

Республика Татарстан – один из основных нефтяных регионов России – находится в Среднем Поволжье. Столица Татарстана – Казань – город с тысячелетней историей. Основное население – татары и русские, проживают также чувашаи, мордва, удмурты, башкиры, марийцы и др. В XIII веке была завоевана татара-монголами и вошла в состав Золотой Орды. Во 2-й четверти XV века из ее состава выделилось Казанское ханство, которое в 1552 г. было присоединено к Русскому государству. Большинство верующих татар – мусульмане-сунниты. Казанские татары, принявшие в XV–XVII вв. православие, называются кряшенами.

Численность постоянного населения по Республике Татарстан (тыс. человек)

Все население			Городское население			Сельское население		
мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
3779,8	1752,2	2027,6	2791,2	1282,1	1509,1	988,6	470,1	518,5

В Татарстане выявлено около 4 тысяч ВИЧ-инфицированных, и прогнозы специалистов неутешительные. За 2001 г. зарегистрировано 2738 случаев ВИЧ-инфекции (по сравнению с 2000 годом зафиксирован рост в 4 раза). Казань является одним из «горящих городов» по распространению ВИЧ в России.

Зарегистрированы случаи отказов от ВИЧ-инфицированных детей (шестеро – в Казани и Бугульме). Наибольшее число ВИЧ-инфицированных в республике приходится на возрастную категорию 20–29 лет – 67%. Около 20% составляют граждане 12–19 лет (как и по другим регионам, официальная статистика не отражает реального положения вещей).

В 39 районах Татарстана выявлены ВИЧ-инфицированные. Раньше это была проблема Казани и Набережных Челнов, но их уже «догоняют» Альметьевский, Бугульминский, Лениногорский, Азнакаевский, Камско-Устьинский, Сармановский районы.

В городах проживает большое количество мусульман. Исламская культура нацелена на сохранение здоровья. Мусульманский

нравственный идеал требует безукоризненной чистоты не только в санитарно-гигиеническом плане, но и в духовном. По словам пророка Мухаммада, «чистота — половина веры».

Ряд исследований косвенно подтверждают опосредованное влияние исламских традиций на поведение молодежи. Так, социологические исследования трех регионов: Москвы, Республики Татарстан и Ивановской области, проведенные В.В. Касаткиным, А.Б. Ковалевой и А.А. Михеевой (Школа здоровья. 2000. Т. 7. № 3. С.5–15) позволили сделать следующий вывод: наименьшая распространенность поведения, связанного с риском для здоровья, по большинству параметров наблюдалась у школьников Татарстана. Менее чем другие были склонны к такому поведению девушки-татарки.

В целях комплексного подхода к предупреждению ВИЧ начата информационно-просветительская кампания «Формула XXI», разработанная с учетом национальных, религиозных и культурных традиций Республики Татарстан и направленная на профилактику распространения ВИЧ-инфекции половым, инъекционным и вертикальным путям и прежде всего среди молодежи. Ряд республиканских электронных и печатных СМИ последовательно и постоянно ориентируют аудиторию на высокий нравственный идеал человеческого бытия. Тема профилактики наркомании стала приоритетной среди предупреждения других опасных социальных болезней.

Однако жесткие запреты, традиционно выражавшиеся в исламе, были значительно подорваны превратно понимаемыми демократическими свободами. Образцы поведения, навязываемые массовой культурой, в частности, активно способствовали распространению **беспорядочных половых связей.**

Особую группу риска составляет молодежь от 20 до 29 лет. Часть из них находится в состоянии гражданского брака, другие в официальном, но имеют связи на стороне, третьи ведут свободный образ жизни и постоянно меняют сексуальных партнеров. Всех вместе объединяет высокий риск заразиться СПИДом в результате незащищенных сексуальных контактов.

Основу культуры половых взаимоотношений населения составляют **традиционные обряды заключения и расторжения браков представителями духовенства.** Данная процедура гораздо проще по сравнению с православной процедурой венчания — это одна из серьезных культурных предпосылок, способствующих распространению ВИЧ.

Причина незащищенных сексуальных контактов — отсутствие культуры использования презервативов.

Страх общественного осуждения и стыд приводят к тому, что население не обращается к врачам или обращается с запущенными стадиями ЗППП вообще и ВИЧ в частности. По официальным данным, каждый 89-й житель Казани переболел сифилисом за последние 5 лет. При этом медики отмечают, что эти показатели занижены по крайней мере в 5, а то и 10 раз. В Казани регистрируются случаи заболевания сифилисом уже на последней стадии, когда человека разбивает паралич или наступает полная слепота.

Культура отношения к женщине в татарских семьях приводит к тому, что молодые женщины не встают на учет в женской консультации, беременность протекает без наблюдения врачей и часто заболевание и патология обнаруживаются в момент родов.

Вторая проблема — наркомания. Реальное количество потребителей наркотиков в Казани составляет более 50 тысяч человек.

Такой рост объясняется экономическими причинами. Бугульма, Лениногорск, Альметьевск — основные нефтедобывающие районы республики, и сюда прокладывается так называемый «наркотрафик» из Казахстана и Оренбургской области. Столица республики, г. Казань, занимает лидирующие позиции по потреблению наркотиков, ибо по мере укрупнения населенного пункта слабеет социальный контроль, повышается доступность наркотиков, становится выше частота контактов. Велико влияние фактора занятости: по статистике среди безработных ВИЧ-инфицированных 45,1%. Заболеваемость среди неорганизованных детей до 14 лет составила 48%.

Основная причина этих проблем лежит в сфере культуры и нравственности и формулируется как отсутствие сильной конструкции личности (или ее трансформации), способной позитивно адаптироваться в условиях перехода общества от «эпохи аскетизма» к консумеризации. Претерпела существенные изменения ценностно-нормативная система практически всех социальных групп общества. Главный вектор перемен — это выдвигание на приоритетные позиции ценностей потребления. Потенциальные наркоманы и носители ВИЧ-инфекции, как правило, по материальным возможностям и по нравственным установкам относятся к числу людей, ориентированных на потребление.

Таким образом, гуманный закон цивилизованного общества «Ни-

какого насилия, никакого принуждения» в сложившихся культурных традициях Татарстана привел к тому, что медики теряют контроль над ситуацией по распространению ЗППП, наркомании и ВИЧ.

Выводы: В целом можно с высокой долей вероятности предположить, что ислам создает возможность большей группе населения уйти не только от контроля государственного аппарата, но и формировать у населения иные, по сравнению с жителями других регионов, ценности, что, однако, не делает основные факторы распространения ВИЧ-инфекции в этом регионе отличными от таковых на остальной территории России. Существенным в этой ситуации является то, что большое влияние исламской культуры на население можно использовать в борьбе и профилактической работе по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на территории республики.

4. Молодежь и СПИД

4.1. Распространенность заболевания среди молодежи

Молодые люди и подростки в современном мире — самая незащищенная и уязвимая группа к ВИЧ-инфекции и СПИДу. С 1999 г. в России наблюдается резкий подъем заболеваемости СПИДом среди молодежи в возрасте от 15 до 25 лет. По данным государственного доклада «Положение молодежи и реализация государственной молодежной политики в Российской Федерации: 2000 — 2001 годы» (М.: Социум, 2002. С. 34–35), за период с 1 января 1987 г. по 19 ноября 2001 г. официально зарегистрировано 16,4 тысячи ВИЧ-инфицированных граждан России, из них 2,2 тысячи детей. Наиболее интенсивно этот показатель стал расти с 1996 г. и к 2000 г. увеличился более чем в 25 раз по сравнению с 1995 г. По расчетам экспертов, фактически общее количество таких граждан в 2001 г. превышает 1 млн. человек. Из них более 75% составляют дети и молодежь.

К ноябрю 2001 г. зарегистрировано более 73 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции у россиян, что в 1,6 раза больше, чем зарегистрировано за тот же период 2000 года. Резкий подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией с 1999 г. зарегистрирован за счет интенсивного вовлечения в эпидемиологический процесс молодежи Москвы, Московской и Иркутской областей (более 70% от всех вновь выявленных случаев).

Главной причиной заражения в период 1996–2001 гг. было внутривенное введение наркотиков (93% случаев). На начало 2001 года таким способом заразилось ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 15–20 лет 12,8 тыс. человек. Существенно активизировалось и заражение половым путем.

4.2. Предпосылки рискованного поведения

Основные предпосылки рискованного поведения, причины уязвимости к ВИЧ-инфекции:

- употребление наркотических веществ;
- появление большого числа беспризорных и безнадзорных детей;
- увеличение гомосексуальных контактов среди молодежи;
- отсутствие доступной и достоверной информации о профилактике ВИЧ/СПИДа.

В последние годы, в связи с изменениями политической и экономической ситуации в стране, появилось **огромное количество бездомных детей и подростков** (по экспертным оценкам, более 2 млн.). Риск заражения ВИЧ/СПИДом в этой категории значительно выше в связи с окружающими неблагоприятными условиями (нищета, грязь, отсутствие медицинской помощи), употреблением наркотиков, проституцией и высокой вероятностью опасных половых контактов.

В последние годы **увеличилось число наркоманов**, употребляющих инъекционные наркотики. Отсутствие стерильных шприцов, не говоря уже о своевременной медицинской или психологической помощи, во многих случаях в конечном итоге приводит к заражению ВИЧ/СПИДом. В свою очередь, употребление наркотиков и алкоголя находится в непосредственной связи с рискованным сексуальным поведением.

Как результат воздействия современной шоу-индустрии в последнее **время среди молодежи стало «модным» вступать в гомосексуальные половые контакты**, что увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией (около 40% мужчин, признающих свою гомосексуальную ориентацию, сообщают, что не всегда используют средства предохранения).

Часто молодые люди не обращаются за помощью в организации здравоохранения по таким причинам, как несоблюдение конфиденциальности информации, недружелюбная обстановка, высокая стоимость услуг, а также то, что не осуществляется оказание помощи несовершеннолетним без сопровождения взрослых.

4.3. Отношение к проблеме СПИДа как индикатор новой молодежной культуры

В настоящее время можно определить отношение к ВИЧ-инфекции и СПИДу такой фразой: *«Заразиться СПИДом может кто угодно, но только не я»*. Так отвечают более 70% опрошенных. Такое отношение обусловлено двумя факторами.

С одной стороны, это психологические факторы, обусловлен-

ные не сформировавшейся психикой подростка. С другой стороны — социальные факторы: влияние друзей, сверстников, родителей, а также социально-политическая и экономическая обстановка в стране.

Психологические особенности молодежи

Подростки и молодежь (13 — 17 лет) — категория, предрасположенная к возникновению нервно-психических расстройств. В этом возрасте подростки стремятся освободиться от опеки, руководства, хотят противопоставить себя старшим, хотят свободы. Они стремятся выделиться, быть не такими, как все — с одной стороны; с другой — склонны к подражанию. Такие противоречия толкают детей на поведение, утверждающее их в новом, взрослом качестве — курение, употребление алкоголя, а в дальнейшем — наркотиков. Такое «самовыражение» для части молодых людей и есть «свобода», «запретный плод».

В этом возрасте современные молодые люди начинают вести половую жизнь. И сегодня формирование взглядов на сексуальные отношения у них происходит в условиях, еще несколько лет назад считавшихся ненормальными — теперь моден гомосексуализм, групповой секс, ранняя и беспорядочная половая жизнь. Такой образ жизни пропагандируется с экранов телевизоров, в прессе и т.д. Для сегодняшнего подростка такие отношения оказываются нормой.

Социальная направленность молодежи

Референтной группой для подростка может стать любая значимая для него группировка по интересам. Существуют подростковые группы «просоциальные» (не противоречащие принятым в обществе нормам), «асоциальные» (игнорирующие нормы общества) и «антисоциальные» (вступающие с обществом в конфликт). В зависимости от того, в какой группе находится молодой человек, выстраивается его поведение и отношение к окружающему.

Эпидемия наркомании и алкоголизма среди подростков в России, как и во всем мире, тесно связана с возникновением новых молодежных движений, группировок, стилей поведения. Для каждого из них свойственен свой стереотип отношений, сексуального поведения или злоупотребления наркотиками.

4.4. Культурные особенности, ценностные ориентации, идеалы молодежи

Основные трудности, которые переживают сегодня подростки и молодежь в возрасте от 13 до 20 лет, связаны как со сложностями социальной адаптации, так и с изменением всего контекста социализации.

В условиях коренных перемен в стране (смена правящего строя, переживание экономического кризиса) у молодых людей смещаются ценностные ориентации. То, что было для их родителей неприемлемо, может играть доминирующую роль.

Если для предыдущего поколения (родителей современных подростков, которым сейчас 40 – 50 лет) духовные ценности преобладали над материальными, то сейчас материальные ценности ценятся выше всего. Заработать денег и обеспечить достойную жизнь — сейчас главная цель и детей, и их родителей.

Современная молодежь считает вполне допустимыми различные имущественные преступления, половина оправдывает полученные взятки и около 60% — уклонение от налогов. Молодые люди считают обман государства и коррупцию нормой поведения, человек и государство представляются враждебными друг другу. Жить, по их мнению, следует так, чтобы обманывать государство, но при этом не попадаться.

Формирование недоверия подростков к государству происходило на фоне освоения их родителями основ «рыночной экономики», когда зарабатывали деньги любыми способами, чтобы обеспечить семью и детей самым необходимым. Таким образом, дети оказались без присмотра и сами заполняли пробелы в своем воспитании.

4.5. Информированность молодежи

Информированность о путях заражения ¹

	Высокий риск	Низкий риск	Безопасно
Половой акт без презерватива	95%	2%	0%
Использование общей иглы	95%	1%	1%
Анальный секс	73%	12%	3%

¹ Данные исследования, проведенного организацией «Врачи без границ».

	Высокий риск	Низкий риск	Безопасно
Оральный секс	44%	31%	11%
Половой акт с презервативом	9%	73%	16%
Поцелуй	9%	45%	45%
Использование общей тарелки	5%	24%	66%
Пот	3%	25%	67%
Кашель	3%	18%	75%
Использование общего полотенца	2%	20%	74%
Рукопожатие	1%	10%	88%

Информированность о средствах предохранения от заражения ВИЧ и ЗППП²

Средство	Знаю средство, %	Защищает от ЗППП, %
Мужские презервативы	99	98
Женские презервативы	16	7
Противозачаточные таблетки	88	4
Внутриматочная спираль	59	1
Спринцевание	12	0
Спермициды	20	8
Календарный цикл менструаций	29	1
Диафрагмы и колпачки	29	1
Другое	23	2

При этом 2% опрошенных относят к ЗППП бронхит, ангину – 3%, туберкулез – 6%, что еще раз подтверждает недостаточное количество информации о ЗППП.

Свидетельством недостаточной информированности молодежи о СПИДе является то, что среди молодых людей нет страха заражения, не сформировано чувство опасности, отсутствует «образ опасности», а если СПИД не воспринимается как опасность, то и, как следствие, не формируется потребность заботиться о безопасности своего здоровья и здоровья своих близких.

² Данные исследования Фонда «Сибирь – СПИД – Помощь».

4.6. Особенности восприимчивости молодежи к информации

Анализ результатов социологических исследований показывает, что сегодня в профилактике ВИЧ/СПИД среди молодежи важную роль играет работа с информационными каналами для передачи достоверных сведений о проблеме.

В результате различных исследований было выявлено, что основным источником получения информации о СПИДе и заболеваниях, передающихся половым путем (ЗППП), для молодежи является **телевидение** (79% опрошенных³). На втором месте находятся друзья и сверстники (63%), на третьем – молодежные издания (58%). Родственников и родителей назвали только 25% опрошенных.

Интересно отметить, что **девушки предпочитают получать информацию из молодежных изданий и специальной литературы**, тогда как молодые люди больше доверяют телевидению и радио⁴.

Наблюдения показывают, что **информационные кампании в СМИ, направленные на молодежную аудиторию, не всегда оказывают желаемое воздействие**. Это происходит из-за того, что не был найден оптимальный способ донесения информации о том, насколько серьезная проблема стоит перед ними.

Причины данного явления обусловлены в том числе низким уровнем образовательных программ в области охраны здоровья и пропаганды здорового образа жизни в школах и вузах, в СМИ, а также неготовностью родителей и педагогов к общению с детьми о проблемах секса, о болезнях, передающихся половым путем.

Некоторые эксперты считают⁵, что если бы в общественном сознании закрепился стереотип «ВИЧ/СПИД — серьезная опасность, которая грозит каждому», если бы появился страх реального заражения, то люди абсолютно по-другому стали бы относиться к безопасности своей и своих близких.

³ Данные исследования Фонда «Сибирь – СПИД – Помощь».

⁴ Данные исследования Фонда «Сибирь – СПИД – Помощь».

⁵ Данные исследования консалтинговой фирмы «Восточный проект».

5. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

5.1. Передача ВИЧ половым путем

Данные исследований свидетельствуют, что если до 1995 г. передача ВИЧ при половых контактах чаще отмечалась при гомосексуальных и бисексуальных связях, то в настоящее время более распространена передача ВИЧ при гетеросексуальных контактах.

5.2. Множественные сексуальные связи и раннее начало половой жизни

Множественные сексуальные связи стали нормой поведения среди определенных кругов молодежи. По результатам проведенных в 1999 г. исследований в 12 субъектах РФ молодежь начинает половую жизнь с 14–15 лет, при этом у 30–40% молодых людей партнеры меняются «каждую дискотеку», особенно в сельских районах, где возможности организованного досуга крайне ограничены. В среднем каждые 3–4 месяца в крупных городах молодые люди меняют партнеров. Мотивами для вступления в сексуальные отношения служат любопытство, алкогольное опьянение, желание «быть как все», «не отставать от других».

5.3. ВИЧ и ЗППП

В связи с вышеперечисленными обстоятельствами, а также с низкой информированностью и «боязнью обидеть партнера» предложением использовать презерватив среди подростков отмечается колоссальный рост заболеваний, передающихся половым путем, а также ВИЧ-инфекции.

С 1989 г. в России регистрируется ежегодный рост заболеваемости ЗППП. В 1999 г. количество впервые заболевших инфекциями, передающимися половым путем, составило 2 млн. чело-

век (1,5% населения страны), хотя это, очевидно, лишь видимая часть айсберга и реальное количество больных в 3–4 раза больше.

В 1997 г. по сравнению с 1989 г. заболеваемость сифилисом выросла в 64 раза. Показано, что вероятность гетеросексуальной передачи ВИЧ возрастает при заболеваниях гениталий, сопровождающихся изъязвлениями и наличии в анамнезе таких ЗППП, как генитальный герпес, гонорея, хламидиоз. Половые контакты во время менструации и наличие цервикальной эктопии также усиливают восприимчивость женщин к заражению за счет измененного гормонального статуса и повышенной склонности к кровоточивости соответственно.

5.4. ВИЧ-инфекция и проституция

Особую озабоченность вызывает резкая активизация путей передачи инфекции в результате коммерциализации сексуальных услуг. Рост проституции, особенно в крупных портовых городах, способствует распространению и поддержанию заболеваемости на высоком уровне. До 40–45% проституток по данным обследований болеют теми или иными половыми инфекциями. В этих условиях трудно надеяться, что имеющиеся в нашем арсенале методы борьбы с этими заболеваниями дадут желаемый эффект, так как не ликвидируется, по существу, сам инкубатор инфекций.

Именно поэтому интересен опыт Калининградской области, где проводилась массовая бесплатная раздача проституткам упаковок с презервативами и памяток, содержащих информацию о ЗППП.

Также представляется важным средством борьбы с распространением ЗППП, в том числе гепатита С и ВИЧ-инфекции, определение юридического статуса проституции, так как это даст право медицинским работникам проводить все необходимые мероприятия санитарного и противоэпидемического контроля среди этого контингента.

5.5. Изнасилование и ВИЧ-инфекция

Изнасилование является одним из самых тяжких преступлений. Жертва насилия, переживая физическую и психическую трав-

му, испытывает также страх перед возможностью заразиться ВИЧ-инфекцией или другими ЗППП. Травма половых путей при изнасиловании чаще возникает у лиц препубертатного и постклимактерического возраста, что повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией. Риск передачи вируса может зависеть и от количества насильников.

В 24–60% случаев жертва знает того, кто совершил изнасилование. Этот факт может помочь в оценке вероятности передачи ВИЧ с учетом факторов риска, ассоциированных с личностью насильника. Наряду с этим результаты исследований свидетельствуют о том, что многие из жертв изнасилования ранее входили в группу риска инфицирования ВИЧ, что подтверждалось ранним началом половой жизни, повышенной сексуальной активностью, практикой незащищенных половых контактов и более ранним возрастом первой внутривенной инъекции наркотиков. После перенесенного насилия их поведение либо не изменялось, либо становилось еще более рискованным. Этот феномен можно отчасти объяснить низким социально-экономическим статусом женщин, их индивидуальным преморбидным поведением и заниженной самооценкой.

Таким образом, некоторые жертвы сексуального насилия из групп высокого риска нуждаются в консультировании, направленном на то, чтобы убедить их в необходимости сменить стиль жизни и тем самым снизить риск возможного заражения ВИЧ-инфекцией в будущем.

5.6. Вертикальная передача ВИЧ

За последние годы многие представления о вертикальной передаче ВИЧ претерпели изменения. В начале 90-х в России врачи убеждали ВИЧ-инфицированных женщин в необходимости прерывания беременности, считая, что в противном случае прогноз, как для матери, так и для ребенка, будет неблагоприятным.

В настоящее время известно, что передача ВИЧ от матери ребенку может происходить во время беременности и родов, а также при грудном вскармливании, однако сама по себе беременность уже не рассматривается как фактор, способствующий прогрессированию ВИЧ-инфекции у матери.

Вероятность передачи вируса в значительной степени зависит от состояния здоровья матери и стадии заболевания. При этом

риск инфицирования ребенка возрастает на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а также с повышением концентрации вируса и снижением количества лимфоцитов CD4.

За последнее время было предложено 3 основных способа профилактики, применение которых позволяет уменьшить риск вертикальной передачи ВИЧ приблизительно с 25% до 2%. К этим мерам относятся:

- **во-первых**, отказ ВИЧ-инфицированных женщин от грудного вскармливания, что приводит к уменьшению риска заражения ребенка на 14%;
- **во-вторых**, применение антиретровирусной терапии во время беременности;
- **в-третьих**, родоразрешение путем кесарева сечения.

Несмотря на достижения последнего десятилетия, далеко не все врачи обладают достаточной компетенцией в этом вопросе. Многие женщины подвергаются жестокому давлению со стороны медицинских работников с тем, чтобы прервать беременность либо не иметь детей. Также ВИЧ-инфицированные женщины не имеют полноценной доступной информации о репродуктивном здоровье.

5.7. Инъекционная наркомания

Проведенный эпидемиологический анализ позволил определить, что быстрое распространение ВИЧ происходит в среде лиц, употребляющих наркотики.

Показатели распространения ВИЧ-инфекции в России июнь 2002

Зараженных ВИЧ по России на 30.06.2002

Всего зарегистрировано – 207 779

из них в 2002 г. – 28 742

на 100 000 обследованного населения – 229,5

на 100 000 обследованных наркоманов – 3370,5

на 100 000 обследованных доноров – 28,5

на 100 000 больных вензаболеваниями – 221,5

Было установлено, что причинами заражения являются использование общих шприцев и игл при внутривенном введении наркотиков, а также использование наркотиков, зараженных ВИЧ в процессе их приготовления. В России потребители нар-

котиков в основном используют кустарно изготовленные наркотики в виде растворов. Анализ вспышек ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Калининградской и Саратовской областях, городах Новороссийск, Тверь, Нижний Новгород свидетельствует именно об этом пути распространения инфекции.

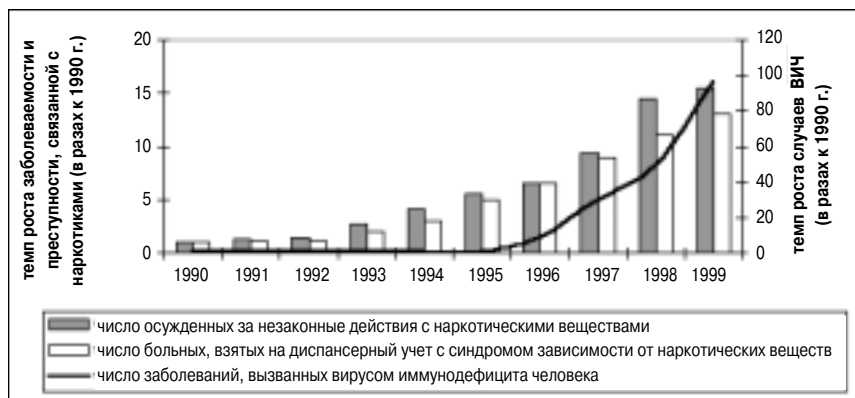
Распространение вируса среди больных наркоманией является неблагоприятным прогностическим признаком дальнейшего развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России, так как низкий культурный и образовательный уровень основной части потребителей наркотиков, а также частое состояние абстиненции приводит к постоянному нарушению требований безопасности при приготовлении и введении наркотиков.

Зависимость от наркотика и постоянная необходимость получения средств для его приобретения заставляет наркоманов, в первую очередь женщин, заниматься проституцией, что способствует распространению ВИЧ-инфекции уже половым путем среди всех групп населения.

Влияние употребления наркотиков на половую активность. Употребление ряда наиболее распространенных в молодежной среде наркотиков стимулирует половую активность и снимает морально-этические ограничения. Это приводит к резкому увеличению количества половых контактов и активизации распространения ВИЧ-инфекции половым путем.

По мнению экспертов, за последние 5 лет количество лиц, употребляющих наркотики, возросло в три с половиной раза, и при сохраняющейся тенденции их число может превышать 3 млн. человек. С учетом того, что основную массу потребителей наркотиков составляют молодые люди в возрасте от 13 до 25 лет, а средняя продолжительность жизни потребителей наркотиков, погибших от наркомании, составляет 4–4,5 года после начала употребления наркотиков, под угрозой находится почти 30% молодого поколения России. Сильнодействующие наркотики поступают из Средней Азии и исключительно легко доступны в России. Торговцы наркотиками находят немало потребителей, прежде всего среди молодых людей, которые испытывают большие трудности в условиях экономических преобразований и плохо информированы.

ВИЧ и последствия распространения наркотиков в России*



5.8. Женщины, употребляющие наркотики

Особое беспокойство вызывает *увеличение числа молодых женщин, употребляющих наркотики*. За 10 лет их число выросло в 6,5 раз. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в среде потребителей наркотиков ставит совершенно новую проблему резкого увеличения количества ВИЧ-инфицированных беременных женщин, так как наркоманы не уделяют должного внимания вопросам контрацепции. Как правило, наркозависимость мешает обращаться женщинам-наркоманкам в медицинские учреждения для своевременного прерывания беременности. В России уже зарегистрировано 144 ребенка, родившихся от ВИЧ-инфицированных беременных женщин-наркоманок. Родившиеся дети помимо ВИЧ-инфекции, полученной от матери, имеют наркозависимость, что резко усложняет оказание им медицинской помощи и уход за ними.

5.9. ВИЧ-инфицированные в учреждениях пенитенциарной системы

Отмечается *быстрый рост числа ВИЧ-инфицированных в учреждениях пенитенциарной системы*. В течение 1994–96 гг., при поступлении в следственные изоляторы (СИЗО) и далее в исправительные учреждения регистрировались единичные случаи носителей ВИЧ-инфекции, начиная с 1997 г. их количество увеличивалось на

* Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 год / Под общей ред. проф. С.Н. Бобылева. М.: ИнтерДиалект+, 2002. Рисунок 4.4. С. 59.

1500–2000 человек ежегодно. В состоянии на 19.04.01 ВИЧ-инфицированные подозреваемые, обвиняемые и осужденные содержатся в СИЗО и ИУ на территории практически всех субъектов РФ, общим числом 6143 человека. Основной путь заражения – внутривенное употребление наркотиков.

5.10. Программы по профилактике распространения ВИЧ-инфекции, связанного с употреблением инъекционных наркотиков

Основными мерами по противодействию распространению эпидемии являются программы по «снижению вреда» от употребления наркотиков. Эти программы, разработанные в рамках Объединенной программы ООН по СПИДу, уже доказали свою пользу и эффективность.

Основным направлением таких программ является информирование и обучение лиц, употребляющих наркотики, средствам и методам предупреждения заражения ВИЧ при приготовлении и употреблении наркотиков. Например, разъяснение необходимости использования только стерильного и индивидуального инструмента: шприцов, игл, емкостей для растворения, фильтров, кипячение наркотика перед употреблением, опасности добавления крови в наркотик при его изготовлении и т.п.

Так, внедрение **программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Калининграде** позволило во втором полугодии 1997 г. почти в 2 раза снизить число вновь выявляемых случаев и стабилизировать заболеваемость ВИЧ-инфекцией на уровне 70 случаев в месяц. Успешное проведение в **Санкт-Петербурге и Ярославле** проекта по снижению вреда от наркотиков и профилактике ВИЧ/СПИДа среди наркоманов, в ходе которого осуществлялись обмен шприцев и игл, анонимное консультирование наркоманов и обучение их методам предупреждения заражения ВИЧ, практически предотвратило быстрый рост ВИЧ-инфекции среди этого контингента.

Проведенные на федеральном и региональном уровнях, в первую очередь, в регионах с наибольшим числом ВИЧ-инфицированных, комплексные профилактические мероприятия сыграли определенную роль в **изменении поведения лиц, употребляющих наркотики**, и улучшении эпидемической обстановки. Сделанные социологические исследования показали, что свыше 70% лиц, упо-

требляющих наркотики, оценивают для себя риск заражения ВИЧ как высокий, до 80% не покупают готовых растворов наркотиков в шприцах и имеют собственные иглы и шприцы. Снизилась доля лиц, которые при употреблении наркотиков используют общую посуду и инструментарий. Как результат этих мер число вновь выявленных в 1998 г. случаев ВИЧ-инфекции снизилось на 11,7% по сравнению с 1997 г.

Вместе с тем, применение на практике положений вступившего в силу с апреля 1998 г. **Федерального Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»** определило основные направления и методы борьбы с распространением наркомании. Потребитель наркотиков рассматривается не как больной наркоманией, а как правонарушитель и преступник, что чрезвычайно затруднило, а в большинстве субъектов Российской Федерации сделало практически невозможным использование программ «снижения вреда» для борьбы с распространением ВИЧ-инфекции.

Выводы: Рассмотренные примеры иллюстрируют сохранение общих тенденций распространения ВИЧ-инфекции, как в «неблагополучных», так и в относительно «благополучных» с точки зрения количества инфицированных областях России. Также следует отметить, что в некоторых регионах России резкий всплеск заболеваемости можно объяснить совершенствованием диагностической базы, но общей тенденции это не изменяет. Необходимо отметить, что 40 % среди вновь инфицированных не могут назвать причину заболевания.

6. Общество и СПИД. Культурная среда как фактор, влияющий на динамику распространения СПИДа в России

6.1. Информированность населения о ВИЧ/СПИДе как показатель общей культуры общества

6.1.1. Уровень информированности, источники получения информации о ВИЧ

Несмотря на наличие специализированных СМИ, таких как журналы «Здоровье», «СПИД, секс, здоровье», «Круглый стол» и др., а также широкое освещение темы СПИДа в периодической печати федерального уровня, представление о болезни среди населения является неполным, недостоверным, с элементами мифологизации. С сожалением приходится констатировать, что уровень информированности граждан за последние годы не повысился.

Уровень информированности по проблемам СПИДа, %

	2002 г.
Достаточно хорошо информирован	19
Информирован, но недостаточно хорошо	35
Относительно плохо информирован	44

Снижение уровня информированности объясняется как неэффективной работой соответствующих информационных каналов (СМИ, лекции, семинары профилактической направленности), так и тем, что население в целом в большей мере осознает недостаточность знаний по данным проблемам, более требовательно к своему уровню информированности.

Характерно, что уровень информированности о СПИДе среди родственников наркоманов гораздо выше, чем у населения в целом

(61% хорошо информированы, 35% информированы недостаточно и лишь 4% информированы плохо).

Молодежь более информирована по проблеме ВИЧ/СПИДа, чем люди старшего возраста (например, их родители).

По данным исследований, население получает информацию о СПИДе из следующих источников в % от опрошенных

Из передач радио, телевидения	67
От родственников, друзей, знакомых	21
Из информации материалов государственных органов (Госдума, правительство, милиция и т.д.)	9
Из листовок, брошюр профилактических мероприятий органов здравоохранения	6

Несмотря на повышение информированности населения в целом о проблемах СПИДа, путях распространения, способах предохранения, 68% опрошенных в большей или меньшей степени хотели бы иметь более подробную информацию по всем вопросам профилактики и лечения как СПИДа, так и наркомании – основной проблемы, способствующей распространению инфекции.

Оценка тревожности населения

По результатам проведенных социологических исследований, проведенных как в Москве, так и в ряде регионов Российской Федерации, уровень тревожности населения по проблемам распространения эпидемии СПИДа значительно увеличился.

В настоящее время распространение ВИЧ более всего связывают с ростом числа наркоманов. Например, 73% москвичей считают проблему наркомании для столицы очень серьезной, проблемы СПИДа считают очень серьезной 88% москвичей.

Важно отметить, что за последние два года проблемы СПИДа в Москве в целом обострились.

Мнение горожан о серьезности проблем СПИДа, %

	2002 г.
Очень серьезно	63
Относительно серьезно	25
Не очень серьезно	1
Затрудняюсь ответить	11

Причиной распространения эпидемии СПИДа, как правило, называют употребление наркотиков. Среди причин употребления наркотиков опрошенные называют общее падение нравов, культуры, отсутствие достойной работы, скуку и наличие свободного времени; 75% опрошенных связывают прием наркотиков, прежде всего с получением удовольствия.

6.1.2. СПИДофобия, распространенные культурные стереотипы

Устойчивым стереотипом остается представление о СПИДе как о болезни, способной поразить определенные группы людей – группы риска: наркоманы, проститутки, гомосексуалисты, а от людей, живущих нормальной жизнью, это далеко.

Недостаток информированности провоцирует возникновение у людей мистического страха перед заболеванием. Например, так выглядит **типовой набор наиболее распространенных стереотипов о СПИДе** в массовом сознании:

- «СПИДом может заразиться даже стоматолог», «заразиться можно и у парикмахера во время бритья, депиляции и т.д.»;
- «от СПИДа умирают все»;
- «СПИДом скоро заболеет все человечество».

СПИДофобия проявляется в боязни комаров и мух («они переносят зараженную кровь»), нежелании посещать бани, бассейны («а вдруг там купаются больные СПИДом?»), страхе перед сексуальной жизнью.

Стереотип, который можно сформулировать фразой «**Меня это не коснется**», является еще более опасным, чем СПИДофобия. Такая позиция весьма распространена среди населения, и она в значительной мере предопределяет отказ от использования средств предохранения (презервативов), склонность к рискованному поведению лиц, осведомленных об опасности.

Сегодня широко распространено мнение, что **СПИД – это не проблема, это болезнь наркоманов**. Пятнадцать лет назад говорили, что СПИД – это болезнь гомосексуалистов, а, следовательно, никакой угрозы для общества нет.

6.1.3. Информация, циркулирующая в неформальных каналах межличностной коммуникации – слухи, мифы

Информация, циркулирующая в неформальных каналах межличностной коммуникации, является важным показателем культуры населения по отношению к проблеме СПИДа. В связи с тем, что диа-

гноз «ВИЧ-инфекция» ассоциировался в сознании людей с неизлечимой болезнью и смертью, болезнь внушала мистический страх. Для ослабления страха, естественно, стали возникать слухи о возможном чудесном исцелении.

Несколько лет назад в СМИ прошла информация об изобретении армянскими специалистами лекарства против СПИДа – **«арменикума»**. Сенсационные сообщения в российской прессе были посвящены таким препаратам, как **«Витурид»** и **«вакцина физика Маркова»**.

Однако у всех этих препаратов есть общие спорные позиции:

1. Разработчики утверждают, что метод лечения успешно применялся, но не дают достоверных подтверждений.
2. Препараты, вопреки существующим нормам, не прошли испытания на животных, либо результаты испытаний были отрицательные.

Так как ожидаемые чудесные лекарства не поступали в продажу и даже не производилась их регистрация, то стали возникать агрессивные слухи с различными сюжетами. Например, в общественном сознании достаточно активно циркулируют **слухи-пугала об умышленном сокрытии эффективных лекарств** крупными фармацевтическими корпорациями с целью обогащения за счет постоянной продажи малоэффективных лекарственных средств.

Активно распространялось **мнение об искусственной природе происхождения вируса**. Якобы ВИЧ-инфекция – это бактериологическое оружие, разработанное американскими спецслужбами (некоторые считают, что, возможно, и российскими), с целью уменьшения чернокожего населения земли.

Еще один интересный сюжет слуха распространялся в среде потребителей наркотиков до 1996 г.: **«Кустарные отечественные наркотики убивают ВИЧ»**. На самом же деле, как только вирус попал в среду наркопотребителей, вся страна пережила первую массовую волну заражения.

6.1.4. Поведенческие стереотипы ВИЧ-инфицированных

Эксперты отмечают, что когда люди узнают о заражении вирусом, то их реакции выражаются всего двумя формами:

1. Раз жить осталось недолго – наплевать на все.
2. Оставшуюся жизнь я должен прожить с пользой для своих близких. Они начинают внимательно относиться к себе, уха-

живают за своим телом, соблюдают диету, своевременно принимают лекарства.

Необходимо подчеркнуть, что опыт организаций, работающих с ВИЧ-положительными в России и за рубежом, показывает, что основная часть заразившихся вирусом выбирает именно второй вариант поведения.

6.1.5. Гендерные ролевые позиции в России

Культурная модель поведения мужчин и женщин различна. Основу составляет превосходство одного пола – мужчины – над другим – женщиной. Отсюда вытекает мнение о некоторой неполноценности женщины перед мужчиной. Именно поэтому уязвимость женщины в условиях эпидемии СПИДа часто связана с тем, что женщина в силу гендерных стереотипов и порождаемой ими зависимости не может распоряжаться своим телом и своей сексуальностью.

6.2. Образ «чумы XX века» и актуальные проблемы культуры общества

6.2.1. Страх инфицирования

Очевидно, что глубинной доминантой, накладывающей сильный отпечаток на отношение к СПИДу в российском обществе, является страх. Чувством страха, в большей или меньшей степени, по сути, пропитано общественное сознание, что в первую очередь проявляется в характере наиболее распространенных стереотипов, представлений о болезни среди населения.

При проведении специальных исследований было выяснено, что более 90% москвичей в разной степени **боятся заразиться СПИДом**. 71% боится быть инфицированными в процессе получения медицинских процедур: уколов, переливания крови и т.д. Заразиться непосредственно от больных и в результате сексуальных связей боятся 14%.

Ситуация, в которой сейчас находится страна (общественная, политическая, экономическая), является благоприятной для распространения инфекции и не способствует появлению надежды на помощь государства в лечении.

6.2.2. Отношение населения к использованию презерватива

По результатам социологических исследований, проведенных в России, степень риска при занятии сексом без презерватива оце-

нивают как высокую 95% опрошенных, при анальном сексе – 75%. Тем не менее, как показывает практика, существует немало факторов, препятствующих использованию презерватива.

В целом, при положительном **восприятии презервативов среди молодежи**, некоторые опрашиваемые утверждали, что их партнер будет обижен (6%) или смущен (9%), если они предложат использовать презерватив, некоторые (13%) сказали, что им было бы неловко обсуждать использование презерватива со своим партнером.

Две трети респондентов (66%) сказали, что они были бы рады, если бы партнер предложил использовать презерватив. И все же более одной пятой опрошенных (21%), имеющих сексуальный опыт, сталкивались с отказом партнера использовать презерватив. Распространен стереотип: использовать презерватив – «нюхать розы в противогазе».

Среди этих респондентов большинство (53%) соглашались на половой акт без презерватива, остальные либо настаивали на использовании презерватива (33%), либо отказывались от полового акта (14%).

Похоже, что ВИЧ/СПИД представляет собой неопределенную угрозу, не вполне ясную для большинства молодых людей и мало кем из них приводимую в качестве причины для использования презерватива. В числе основных мотивов использования презерватива было названо, в первую очередь, предотвращение беременности (72%), а затем предотвращение ЗППП (39%) и предотвращение ВИЧ/СПИДа (19%).

6.2.3. Агрессивная позиция по отношению к больным СПИДом

С одной стороны, в обществе повысился общий уровень информированности о путях передачи ВИЧ. В связи с этим уменьшилась боязнь бытовых контактов с ВИЧ-инфицированными. С другой – большая часть населения **настаивает на создании резерваций для ВИЧ-инфицированных**, как для прокаженных.

В общественном сознании эпидемия ВИЧ-инфекции в значительной мере продолжает быть связана с пороками человеческого общества. Поэтому часть населения считает необходимым принятие жестких мер по отношению к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, их изоляцию от общества.

6.2.4. Дискриминация ВИЧ-инфицированных

По закону никаких ограничений для ВИЧ-инфицированных в

России нет. ВИЧ-положительные пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством РФ. Человек может устраиваться на любую работу и учиться любой специальности. Однако, дискриминация носит завуалированный характер.

Из боязни дискриминации ВИЧ-инфицированные вынуждены скрывать свой диагноз даже от самых близких людей. В сознании абсолютного большинства СПИД остается «позорной болезнью».

Существует немало случаев, когда людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, предъявляли уголовное обвинение в связи с поведением, несущим в себе риск передачи ВИЧ. Предрассудки и отсутствие достаточной информированности о проблемах СПИДа приводят к судебным ошибкам, дискриминации больных.

Многие относятся к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, как к потенциальным преступникам, которые являются угрозой населению в целом. Это мнение часто мешает людям (особенно из групп риска) обратиться по поводу тестирования, что затрудняет профилактику заболевания и уход за больным. В основе лежит страх быть осуждаемым, непонятым, непринятым не только общественностью, но и близкими людьми. Этот страх у большинства населения страны гораздо больше, чем страх заболевания.

6.3. Позиция СМИ

Необходимо отметить высокую активность средств массовой информации в освещении проблемы ВИЧ/СПИД. Так, только за период с сентября 1998 г. по апрель 1999 г. в 350 федеральных и региональных СМИ было осуществлено 7353 публикации на эту тему. На федеральных и региональных телеканалах свыше 900 раз были показаны клипы, ток-шоу и другие видеоматериалы по профилактике ВИЧ-инфекции. В соответствии с подписанным Минздравом России и Госкомпечати планом проведения неотложных мероприятий в мае 1999 г. был объявлен **конкурс журналистов на лучшие публикации по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в средствах массовой информации.**

Вместе с тем можно констатировать отсутствие системного подхода в разработке социальной рекламы и ее демонстрацию в неудобное время. Социальная реклама часто имеет запугивающий характер, что значительно снижает ее эффективность. Вызывает озабоченность и беспокойство, что в отдельных передачах и теле-

сюжетах телеканалов НТВ и ТВ-6, предназначенных в первую очередь для молодежи, под видом обсуждения проблем пола и наркомании широко освещаются половые извращения, промискуитет, преимущества отдельных наркотических средств, допустимость использования «легких наркотиков» и многое другое, что крайне негативно сказывается как на профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании, так и на укреплении норм общественной морали.

В освещении проблемы СПИДа в российских СМИ выделяются две основные тенденции публикаций – позитивная и негативная.

6.3.1. Тенденции в СМИ

Позитивные тенденции

Публикации позитивного содержания формируют у населения представление о том, что ситуация в значительной мере находится под контролем государства, что работа по профилактике и борьбе со СПИДом в стране активно ведется. Органы здравоохранения реализуют специальные программы, формируются общественные организации, осуществляющие интенсивную работу с молодежью в рамках масштабных социальных проектов и т.д.

Основная идея подобных публикаций в том, что на самом деле проблема СПИДа в России не носит фатального характера, что нет никаких оснований для паники.

Негативные тенденции

Противоположная (негативная) тенденция представлена двумя главными точками зрения на эту проблему СПИДа в России.

Первая позиция СМИ: государство ничего не делает в плане лечения и профилактики заболевания, не выделяет средств, часто не способствует реализации специальных программ, не заботится о больных и не ведет никакой работы в группах риска. Между строк читателю целенаправленно «вбивается» мысль: либо наше правительство недееспособно, вместе с президентом, либо власть планомерно уничтожает население, выполняя задание всемирного заговора и т.п.

Как правило, публикации с подобным подтекстом чаще появляются в период избирательных кампаний, накануне принятия непопулярных законов либо как давление на власть. Без сомнения,

такие статьи заказные. Еще один источник — это малотиражные издания националистического толка.

Вторая позиция СМИ: максимально запугать население. В публикациях подробно и в красках рассказывается о проблеме СПИДа в связке с проблемами наркомании, проституции, уменьшения численности населения, несовершенных способах лечения, дороговизны эффективных лекарственных средств и т.п. Казалось бы, подход верный, но после прочтения остается впечатление, что жизнь авторам надоела, ничего светлого они не видят, ничего хорошего они не ждут, и это настроение навязывается читателям.

В прессе распространяются статистические прогнозы — «страшилки», например, о том, что «с 2013 года в России начнется массовое вымирание от СПИД-связанных инфекций и опухолей». Вряд ли подобная информация способна внушить оптимизм не только ВИЧ-инфицированным, но и здоровым людям.

6.3.2. Особенности проведения информационных кампаний по борьбе со СПИДом

В 1997 г., когда эпидемия ВИЧ/СПИДа начала распространяться по всей территории России, организация MSF-Н («Врачи без границ») стала разрабатывать стратегии, которые позволили бы информировать общество о риске заболевания и о том, как его избежать.

Однако найти способ донесения информации до людей, живущих в гигантской стране, которая протянулась на одиннадцать часовых поясов и население которой составляет более 140 миллионов человек, — задача крайне непростая.

Одним из способов решения этой проблемы оказалось привлечение средств массовой информации. В России сложились условия, весьма благоприятные для проведения кампаний в СМИ: примерно у 99% российских семей есть телевизор, таков же и процент грамотного населения. Таким образом, при содействии министерств, правительства РФ и общественного сектора начала формироваться первая в стране кампания в СМИ, посвященная вопросам безопасного секса.

На сегодняшний день большее внимание уделяется медицинским аспектам социальной рекламы. В то же время, действенные информационные кампании, направленные на профилактику ВИЧ/СПИД, должны опираться на образовательные технологии,

воздействующие на «рисковое» поведение и способствующие формированию «безопасных» поведенческих установок.

Первая информационная кампания

В 1997 г. была проведена первая российская кампания в СМИ, которая получила название **«Безопасный секс — мой выбор»**. Она посвящена проблемам личного выбора человека в сексуальных вопросах и пропаганде использования презервативов. Кампания была нацелена на группу людей в возрасте от 15 до 25 лет, кому свойственна наибольшая половая активность, но чьи поведенческие тенденции пока находятся в стадии формирования.

Привлечение СМИ позволило координаторам первой кампании обратиться к миллионам людей по всей стране. Российские станции широкого вещания более 2000 раз бесплатно транслировали рекламные видеоролики, суммарное эфирное время которых стоило более 25 миллионов долларов США.

Гражданские и общественные организации также внесли свой вклад в проект, распространив 1,2 миллиона информационных листовок в различных клубах, клиниках и университетах. Объявления на городских автобусах, рекламных щитах, в московском метро и в печатной прессе также способствовали распространению идей, на которых была построена данная кампания.

Первая кампания, посвященная вопросам личного выбора человека и использования презервативов, продолжалась 18 месяцев. После нее были еще три кампании, которые по своей сути были тесно связаны.

Вторая информационная кампания

Вторая российская кампания в СМИ проводилась в 1999 г. под лозунгом **«Разумный человек — разумный выбор»**. Она посвящалась пропаганде здорового образа жизни и использования презервативов. Достижение основной цели кампании осуществлялось через попытку призвать молодых людей задуматься о личной ответственности за свой выбор. Кампания была нацелена на ту же группу молодых людей — в возрасте от 15 до 25 лет.

Третья информационная кампания

Третья российская кампания в СМИ, основными лозунгами которой стали **«Эта мелочь защитит обоих»** и **«Сделай свой мир более безопасным»**, началась в 2000 г. Она была нацелена на людей,

проживающих в крупных городах и уже знакомых с вопросами безопасного секса, но нуждающихся в дополнительных стимулах, чтобы более ответственно относиться к своему сексуальному поведению. Эта кампания также стремилась охватить тех, для кого проблема безопасного секса относительно нова в силу небольшого опыта в этом вопросе.

Четвертая информационная кампания

Четвертая российская кампания «**Важно быть защищенным**» началась в СМИ в 2001 г. и продолжается в настоящее время. В отличие от трех предшествующих кампаний, нацеленных на молодых людей от 15 до 25 лет, она обращена к более старшей возрастной группе – от 20 до 29 лет. Представители этой группы не столь склонны пользоваться презервативами, как более молодые люди.

6.4. Значение особенностей современного русского литературного языка в контексте рассматриваемой проблемы

В современном русском литературном языке фактически отсутствует нейтральная лексика, обозначающая половые органы мужчины и женщины, а также сам процесс полового акта. За пределами литературного языка существует множество **просторечных и сленговых выражений**, обозначающих соответствующие понятия, касающиеся половой жизни и секса. С другой стороны, существует **медицинская терминология**, восходящая к латинскому (например, *коитус*) или старославянскому языку (например, *совокупление*). Собственно же исконно русская стилистически нейтральная лексика, относящаяся к этой сфере, в современном русском литературном языке отсутствует.

Именно данный факт препятствует свободному обсуждению этого круга вопросов в семье, учебных заведениях и отчасти в средствах массовой информации. Это объясняется тем, что медицинская терминология не всегда уместна или даже недоступна для понимания, а сленговые, просторечные и матерные выражения являются недопустимыми для употребления в тех сферах человеческой деятельности, где традиционно используется литературный язык.

Можно констатировать, что на современном русском литературном языке крайне затруднительно построить стилистически нейтральное описание, касающееся интимной сферы общения мужчины и женщины.

Это затрудняет как, с одной стороны, просветительские и образовательные беседы в средних учебных заведениях и в СМИ, так и, с другой стороны, обсуждение интимных вопросов в семье и между партнерами. Данная особенность русского языка, в принципе, затрудняет какое либо «сексуальное просвещение» как со стороны родителей, так и преподавателей, наставников и СМИ. Кроме того, проблемы «языкового барьера» стоят и между сексуальными партнерами и супругами. Людям трудно разговаривать на интимные темы. Например, одна из часто называемых молодыми проблем — «Трудно найти слова, неудобно попросить партнера использовать презерватив».

Таким образом, особенности современного русского литературного языка могут становиться одним из «факторов риска» распространения СПИДа в России.

Одним из путей преодоления данного «языкового барьера» является возможность расширения просветительской работы среди населения. В таком случае, возможно, медицинская терминология будет более легко восприниматься и станет доступнее для широких слоев общества.

6.5. Участие Церкви в решении проблемы распространения ВИЧ/СПИДа на территории России

Христианская церковь в России до сих пор практически не была активно вовлечена в проблематику ВИЧ/СПИДа. Отдельные священники Русской Православной Церкви на своем приходском уровне в индивидуальном порядке осуществляли пастырское душепопечение и оказывали поддержку ВИЧ-инфицированным. Но на уровне централизованно и официально организованных инициатив и программ до сих пор практически не существует. Это в какой-то степени объясняет тот факт, что в церкви, как, впрочем, и в обществе в целом, об этом заболевании знают мало, достаточно широко распространены вредные стереотипы и нет ясного представления о том, какова может быть роль церкви в этой проблематике.

Учитывая темпы роста эпидемии СПИДа в России, церковь должна предпринимать активные действия для того, чтобы предотвратить дальнейшее распространение эпидемии. В задачу церкви входит, прежде всего, пастырское попечение, духовная и психологическая поддержка людей — носителей вируса иммунодефицита,

их близких — родственников, знакомых, друзей, которые страдают вместе с ними. Другая задача церкви — это активное участие в превентивной работе. Необходимо проводить образовательную и воспитательную работу среди детей и молодежи, а также среди тех, кто соприкасается и работает с ними — это их семьи, родители, врачи и учителя. Некоторые священнослужители активно работают с наркоманами и в центрах лечения и реабилитации наркозависимых, что также важно в рамках рассматриваемой проблемы.

К сожалению, основные группы риска по распространению ВИЧ-инфекции — молодые безработные, наркоманы, проститутки, мало «подвержены» влиянию церкви, так как в большинстве своем они не являются людьми верующими, посещающими храмы и прислушивающимися к мнению священнослужителей. Поэтому зачастую работа священнослужителей с этими группами населения затруднена. Однако в силах церкви работать с остальными членами общества, менять взгляд на проблему и на больных людей в обществе.

Конкретным шагом церкви в деле поддержки больных ВИЧ/СПИДом стала организация регулярных молебнов о здравии этих людей. Молебны проводятся в последние выходные каждого месяца одновременно в ряде городов: Москве, Санкт-Петербурге, Подольске, Калининграде, Минске, Твери.

7. Государство и СПИД. Культура отношения государства к больным и ВИЧ-инфицированным в России

7.1. Законодательный контекст

30 марта 1995 г. в России был принят Закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» (с изменениями от 12 августа 1996 г., 9 января 1997 г., 7 августа 2000 г.).

Принятие этого закона вызвало большие дебаты, за которыми стояли разные точки зрения. В частности, положение о том, что **обследование на ВИЧ будет обязательным условием оказания медицинской помощи**, и в некоторых случаях власти смогут ввести режим массового принудительного обследования. За этим требованием, как считали многие эксперты, стоит не забота о предотвращении распространения инфекции, а экономические интересы производителей тест-систем.

Только решительные выступления авторитетных специалистов, таких как академик В.В. Покровский и представители российских и международных общественных организаций, ряд депутатов смогли остановить принудительные меры, нарушающие права человека. Акценты были смещены с массового принудительного обследования на добровольное обследование, консультирование и профилактическую работу.

Принятый закон подвергся всесторонней критике – одни его считали «драконовским», другие «слишком мягким».

7.1.1. Уголовное наказание за распространение ВИЧ

Уголовный кодекс РФ предусматривает ответственность за умышленное заражение вирусом ВИЧ. Однако практика судопроизводства не насчитывает большого количества уголовных дел по обвинению в заражении ВИЧ по сравнению с возбуждением уго-

ловных дел по другим статьям. Но даже те уголовные дела, прохождение которых освещалось в СМИ, чаще подспудно формировали общественное мнение на ужесточение ответственности инфицированных перед обществом.

Необходимо иметь в виду, что ужесточение уголовной ответственности может создавать у населения ложное чувство безопасности среди людей, которые не являются носителями ВИЧ. У них может сформироваться иллюзия, что уголовные запреты снижают риск инфицирования и им обеспечена защита закономерно.

Другая проблема связана с существованием дискордантных пар. Граждане, **знающие о своем ВИЧ-положительном статусе** несут всю ответственность за распространение ВИЧ-инфекции. Статья 122 уголовного кодекса РФ ставит вне закона существование дискордантной семьи.

7.1.2. Закон о СПИДе и иностранные граждане

Стремление защититься от «импорта» ВИЧ-инфекции из менее благополучных в эпидемиологическом отношении стран выразилось в том, что в Федеральный закон о СПИДе было введено требование, чтобы иностранцы, прибывающие в Россию на срок более 3 месяцев, предъявляли сертификат об отрицательном результате анализа на ВИЧ-инфекцию (см. таблицу).

7.1.3. Обязательные исследования на ВИЧ российских граждан

Согласно закону, в обязательном порядке на наличие ВИЧ-инфекции обследуются:

- доноры крови;
- врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, сотрудники структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием больных СПИДом; это связано с вопросами компенсации, в случае если они заразятся;
- беременные женщины.

Остальное население может быть обследовано только с их согласия. Однако существует обязательное условие обследования на ВИЧ всех пациентов, проходящих госпитализацию.

7.2. Процедура взаимодействия органов здравоохранения с больными и ВИЧ-инфицированными

7.2.1. Положительный опыт России в организации выявления и учета ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом

Россия одна из немногих стран организовала и обеспечила выявление и учет не только больных СПИДом, но и ВИЧ-инфицированных. Преимуществом этой меры является возможность на более раннем этапе оказывать медицинскую и социальную помощь инфицированному, сделать все возможное по пресечению дальнейшего распространения инфекции.

Раннее выявление, диспансеризация, лечение и обеспечение психологической и социальной поддержки ВИЧ-инфицированных позволяют продлевать их жизнь, трудоспособность и социальную активность. Так, средняя продолжительность жизни больных СПИДом в России составляет 5–7 лет, в то время как в большинстве стран она составляет от 1 до 3 лет. Всемирная организация здравоохранения в октябре 1997 г. признала Российскую систему эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией наиболее эффективной (вместе с тем отмечено, что она достаточно дорогостояща для развивающихся стран).

7.2.2. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами

ВИЧ-инфицированных лиц рекомендуется периодически обследовать, то есть осуществлять за ними диспансерное наблюдение. Целью диспансерного наблюдения является оказание своевременной медицинской помощи (выявление угрозы прогрессирования болезни и назначение соответствующего лечения), в том числе и психологической поддержки.

Согласно действующему законодательству, обследования пациента в рамках диспансерного наблюдения должны проводиться с его добровольного информированного согласия. Рекомендуется активное приглашение ВИЧ-инфицированных лиц на периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору. Обследование включает общий осмотр, консультации специалистов, оценку течения заболевания и наличие возможных осложнений.

Плановые обследования больных в 3 стадии (латентной) проводят один раз в 6 месяцев, а больных в более поздних стадиях ВИЧ-инфекции – 1 раз в 3 месяца. Если известно, что уровень CD4-лимфоцитов менее $0,5 \times 10^9$ /л, плановые обследования проводятся 1 раз в 3 месяца.

При наличии дополнительных клинических и эпидемиологических показаний, свидетельствующих о развитии вторичных или сопутствующих заболеваний, для диагностики которых объем планового обследования недостаточен, по решению лечащего врача могут проводиться дополнительные обследования.

Внеплановые обследования проводятся при появлении признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции или развитии сопутствующих заболеваний.

7.2.3. Лечение ВИЧ-инфекции

В целях обеспечения бесплатности и доступности для граждан Российской Федерации обследования и лечения ВИЧ-инфекции/СПИД Минздравом России проводится централизованное обеспечение учреждений здравоохранения диагностическими препаратами и лекарствами для лечения ВИЧ-инфекции/СПИД.

Учитывая отсутствие в настоящее время возможности полного излечения больного ВИЧ-инфекцией, **целью лечения является максимальное продление жизни больного и обеспечение сохранения ее качества.**

К основным принципам терапии ВИЧ-инфекции можно отнести:

- необходимость создания охранительного психологического режима;
- своевременное начало эффективной этиотропной терапии (противоретровирусной) и профилактики вторичных заболеваний;
- тщательный выбор лекарственных препаратов с подбором необходимого минимума;
- своевременное лечение вторичных заболеваний, для чего необходима их ранняя диагностика.

7.2.4. Реабилитационная работа с больными, ВИЧ-инфицированными и их близкими

Информация о неизлечимости ВИЧ-инфекции и ее фатальном прогнозе вызывает у инфицированного тяжелые эмоциональные

реакции, связанные с внезапным осознанием неизбежности смерти. В общественном сознании наблюдается предубежденность в отношении инфицированных и больных, так как заражение ВИЧ в большинстве случаев расценивается обществом как закономерный результат аморального и асоциального поведения.

При появлении инфицированного лица в его окружении прослеживается реакция отторжения, что еще более угнетающим образом воздействует на его психику. Заражение влечет за собой серьезные последствия эмоционального и социального характера, изменяет привычное поведение инфицированного лица, сказывается на семейном положении и юридическом статусе.

Приспособление к жизни в условиях ВИЧ-инфекции предполагает постоянную борьбу с психотравмирующими воздействиями. Вследствие этого с момента возникновения подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией больной подвергается постоянному психогенному стрессу, в связи с чем необходимо принять меры, чтобы смягчить его медицинские и социальные последствия. Необходимо максимально ограничить круг лиц, имеющих доступ к информации о личности ВИЧ-инфицированного и принять меры к его социальной адаптации. Социальная адаптация больного, включающая психологическую помощь, предотвращает его агрессивность по отношению к обществу, желание «отомстить путем распространения СПИДа», предотвращает соблазн заняться проституцией или торговлей наркотиками для компенсации финансовых потерь вследствие утраты средств к существованию. В большинстве случаев медицинские работники не могут решить материальные и личные проблемы ВИЧ-инфицированных, но могут уберечь их от неправильных действий, воздействуя на их психологическое состояние.

Наиболее доступной формой психологической помощи является **индивидуальная беседа**, а также **семейная психотерапия**. В процессе беседы врач может использовать элементы разъяснительной и рациональной психотерапии. Разъяснительная психотерапия эффективна в тех случаях, когда больной охотно воспринимает разъяснения врача, направленные на коррекцию неправильных суждений пациента и его оценки своего болезненного состояния или той ситуации, которая вызвала психическую травму.

В случаях, когда больной не соглашается с врачом, применяется рациональная психотерапия. Существенной чертой этого метода является воздействие с помощью логического убеждения.

Целесообразно такое психотерапевтическое воздействие, ко-

торое могло бы оказать активирующее влияние на пациента, дать стимул к деятельности, направленной на поиски наилучшего выхода из психотравмирующей ситуации, подготовку его к неизбежной перестройке жизненного стереотипа, адаптацию к изменению жизненных перспектив.

Кроме лечащего врача к психосоциальной адаптации больного должны привлекаться специалисты, прошедшие специальную подготовку по проблеме ВИЧ-инфекции. Учитывая, что в большинстве случаев устранить самим инфицированным психотравмирующие факторы не представляется возможным, консультирование является одним из важнейших методов создания охранного психологического режима.

Консультирование и психологическая поддержка ВИЧ-инфицированных лиц осуществляется с их добровольного согласия. Рекомендуется предлагать пациентам психологическую помощь при каждом плановом и внеплановом обследовании. В дальнейшем психологическая помощь и поддержка отдельных лиц осуществляется по показаниям.

7.3. Культура отношения к больным со стороны государства, органов здравоохранения

Проведенные опросы показали, что большинство населения Российской Федерации весьма критически оценивает деятельность властей, Министерства здравоохранения, правоохранительных органов, общественных организаций по борьбе с наркоманией и СПИДом.

В каждом областном центре, столицах республик и крупных городах созданы центры по борьбе со СПИДом. Создание центров, как мы уже отмечали, способствовало созданию изоляции в лечении ВИЧ-больных от всего общества.

В общественном сознании часто фиксируется мнение, что медицинскую помощь ВИЧ-положительному оказывают исключительно в центрах по борьбе со СПИДом и поэтому в районных поликлиниках пациентов с ВИЧ-инфекцией быть не может. Это происходит несмотря на то, что Федеральный закон приравнивает граждан с ВИЧ-инфекцией ко всем остальным гражданам в оказании медицинской помощи.

Медицинская помощь оказывается на общих основаниях по клиническим показаниям, и **ВИЧ-инфицированные пользуются все-**

ми правами, предусмотренными законодательством РФ об охране здоровья граждан. Это значит, что ВИЧ-инфицированный имеет законное право обратиться за оказанием медицинской помощи в любое учреждение здравоохранения по своему выбору.

Часто работники органов здравоохранения имеют недостаточно знаний о ВИЧ-инфекции и необходимых мерах предосторожности. Изолированность центров по борьбе со СПИДом формирует убежденность, что им не придется сталкиваться с заболеванием в своей практике.

Несмотря на то, что главный принцип предупреждения распространения инфекций, передаваемых с кровью, – одноразовые или стерильные инструменты, одноразовые резиновые перчатки при манипуляциях с каждым пациентом вне зависимости от его состояния здоровья; даже в условиях стремительно растущей эпидемии санитарные правила часто не соблюдаются, а **встреча с ВИЧ-положительным пациентом вызывает шок у рядового медработника.**

Все это создает объективные трудности по борьбе с распространением СПИДа, усложняет установление контакта врача и больного.

В последние годы вирус выявляется у обычных, считающих себя здоровыми, независимо от их сексуальной ориентации. Это заставило медиков и политиков пересмотреть методы борьбы с эпидемией и выработать новые подходы.

В основу борьбы с распространением эпидемии положен **принцип социальной интеграции и взаимопомощи.**

Люди с ВИЧ – это не изолированные, а равноправные члены общества, которые должны получать от государства все необходимое для полноценной жизни. Со своей стороны, ВИЧ-инфицированные обязуются делать все возможное для уменьшения эпидемии, предотвращать новые случаи заражения. Именно на этом и должны строиться все социальные и медицинские стратегии, сдерживающие распространение ВИЧ.

7.4. Репродуктивные права ВИЧ-инфицированных женщин

Многие женщины с ВИЧ, принимающие решение о материнстве, не только не получают объективную и всестороннюю информацию о риске ухудшения собственного здоровья и заражения будущего ребенка вирусом, но и подвергаются жестокому давлению и запугиванию с целью заставить их прервать беременность.

Не зная реальной опасности для будущего ребенка, не имея возможности проконсультироваться и получить достоверную информацию, женщины в одиночку принимают ответственные решения с тяжелыми последствиями для себя и своей семьи.

Женщина с ВИЧ-инфекцией в России в полном объеме испытывает на себе тяжесть социальных последствий диагноза: дискриминацию и враждебность общества.

ВИЧ-инфицированным женщинам общество прямо или косвенно дает понять, что **сексуальная жизнь и репродуктивный выбор — иметь или нет ребенка — для нее больше не существует**. Это выражается как в общественном давлении, так и в принятии и применении уголовных законов, карающих людей с ВИЧ за вступление в половую связь.

Право иметь или не иметь ребенка ВИЧ-положительной женщины часто становится объектом давления, манипуляции и запугивания. Если женщина решается родить ребенка, то ей приходится серьезно бороться за свои репродуктивные права, как с системой, так и с общественным мнением.

Необходимо отметить, что в настоящее время большое число стратегий профилактики ВИЧ направлено на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к младенцу, чем на программы предупреждения заражения женщин.

7.5. Культура отношения к больным со стороны населения

Последние социологические исследования в Москве показали, что более **80% населения негативно относятся к ВИЧ/СПИД-больным**. С опаской, без всякого сочувствия относится к больным СПИДом подавляющее большинство населения.

На вопрос: «**Как, по Вашему мнению, большинство людей относится к больным СПИДом?**» ответы распределились:

	2002 г.
С сочувствием, не отвергая их и стараясь посильно помочь	9
С опаской, подозрительно, стараясь отгородиться от них	52
Осуждаю, требую жестких мер по их изоляции	19
Хотелось бы выслать из Москвы всех больных СПИДом	10
Затрудняюсь ответить	10

Необходимо отметить, что такое **негативное, агрессивное отношение к ВИЧ-инфицированным с течением времени даже усиливается**, что обусловлено боязнью заражения. Большинство опрошенных считает, что **больным СПИДом необходима эффективная социальная помощь**. Треть респондентов считает, что **необходимо всячески содействовать созданию общественных объединений больных СПИДом** для взаимной поддержки и помощи.

На первое место среди всех мер по преодолению СПИДа москвичи ставят профилактическую и просветительскую работу. **Почти 50% опрошенных надеются на улучшение работы медицинских учреждений**. В последнее время многое начинает меняться. Люди, в чью жизнь входит ВИЧ, как своя болезнь или болезнь близких, понимают, что это не так гипертрофированно страшно.

8. Российская практика борьбы со СПИДом

8.1. Организации, занимающиеся проблемой СПИДа

В связи с широким распространением ВИЧ-инфекции на борьбу с ВИЧ/СПИДом была направлена деятельность многих государственных и медицинских структур, а также общественных организаций.

8.1.1. Государственные организации

Среди государственных и медицинских учреждений, занимающихся профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа, можно выделить следующие:

- Министерство здравоохранения РФ, отдел СПИДа;
- Министерство здравоохранения РФ, НИИ наркологии;
- Министерство здравоохранения РФ, НИИ вирусологии им. Ивановского Российской академии медицинских наук (РАМН);
- Российский научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом + центры в каждом субъекте Российской Федерации (всего 89);
- Российский государственный медицинский университет (лаборатория вирусологии);
- Московская городская инфекционная клиническая больница №2;
- Московский городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Моссанэпиднадзор, АНТИВИЧ (научный центр профилактики СПИДа);
- Лаборатория СПИД (иммунологии) и др.

Министерством здравоохранения реализована **«Межгосударственная программа сотрудничества в области профилактики ВИЧ-инфекции в государствах – участниках СНГ на период до 2000 года»**, в рамках которой осуществлены мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, взаимобмен информацией и координация действий по борьбе с ВИЧ/СПИД.

Во многих регионах РФ за последние 10 лет были созданы Центры СПИД (ЦС), в работе которых существенны различия, связанные с особенностями регионов и резкими колебаниями ВИЧ-инфицированности по областям.

Центры борьбы со СПИДом – это лечебно-профилактические учреждения типа диспансера (без стационара), выполняющие информационно-аналитические, организационно-методические, лечебно-диагностические, консультативные функции. Например, Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом Комитета (МГЦ СПИД) здравоохранения Москвы – ведущее учреждение Москвы, оказывающее всестороннюю помощь больным ВИЧ и СПИДом. В Мурманске лаборатория ЦС проводит иммуноблотинг, определение иммунного статуса, централизованное снабжение лабораторий районного звена тест-системами, прошедшими входной контроль.

Информационно-аналитическая деятельность, составной частью которой является социологическое зондирование, поддерживает необходимый уровень разработки распорядительных и методических документов органов здравоохранения.

В Москве проводится комбинированная противоретровирусная терапия с одновременным применением трех или более противоретровирусных препаратов («Тимазид», «Хивид», «Видекс», «Фортоваза», «Криксиван», «Вирасепт» и др.) в различных комбинациях в зависимости от устойчивости вируса к тем или иным лекарственным препаратам. Однако подобную терапию получает менее 2% ВИЧ-инфицированных москвичей. В регионах этот процент еще ниже.

Отсутствие достаточного количества диагностических средств не позволяет осуществлять в полном объеме контроль эффективности терапии, а также определения иммунного статуса пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Диагностика большинства СПИД-ассоциированных заболеваний (цито-мегаловирусная инфекция, герпес-вирусные инфекции, токсоплазмоз, пневмоцистоз и др.) методами генной диагностики и с использованием специфических моноклональных антител не осуществляется.

Несмотря на все мероприятия и программы, внедряемые и проводимые, государственные и медицинские структуры не в состоянии справиться с проблемой ВИЧ/СПИДа.

- Во-первых, потому, что государственное финансирование, которое выделяется на эти программы, ограничено.
- Во-вторых, традиционная практика санитарно-просветительской работы с населением, проводимая многие годы, оказалась малоэффективной и зачастую не доходила до отдельных групп населения.
- В-третьих, столкнувшись с этой проблемой позже других стран, Россия имеет еще мало опыта по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

8.1.2. Общественные организации – международные и российские

Наряду с государственными структурами все большее значение приобретает деятельность общественных, неправительственных и международных гуманитарных организаций. В течение последних лет создавались различные общественные организации по борьбе с ВИЧ/СПИДом, одни по различным причинам закрывались, другие работают и в настоящее время.

1) Российские общественные организации:

- «Новый век»,
- «СПИД-инфосвязь»,
- «Гуманитарный проект»,
- «Возвращение»,
- Ассоциация «СПИД. Секс. Здоровье»,
- благотворительный фонд «Огонек-ВИД-Анти-СПИД»,
- Общество в поддержку национальной программы по СПИДу «Мы и вы»,
- Информационно-просветительский центр «Гера»,
- региональное отделение благотворительной организации женщин «Будущее – без СПИДа»,
- «Акцент» и т.д.

2) Международные организации, работающие на территории РФ:

- Международная гуманитарная организация «Врачи без границ»,
- Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу в РФ (ЮНЭЙДС),
- ЮНЕСКО,
- ЮНИСЕФ,
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ),
- Фонд ООН по вопросам народонаселения (ЮНФПА),

8.1.3. Опыт работы международных неправительственных организаций в России в области предупреждения распространения ВИЧ-инфекции

Интенсивно развивается тесное сотрудничество с международными организациями, такими, как Объединенная Программа ООН по СПИДу, Всемирная организация здравоохранения, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и другими по обмену мировым передовым опытом работы по профилактике ВИЧ-инфекции в первую очередь среди контингентов повышенного риска заражения ВИЧ (потребителей наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату). Проводится работа по привлечению средств международных и неправительственных организаций на проведение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в России. Так, для разработки и внедрения пилотных программ по снижению вреда от применения наркотиков и профилактики ВИЧ/СПИД в Москве, Санкт-Петербурге и Ярославле Объединенной Программой ООН по СПИДу выделено 170 тысяч долларов США.

Международные неправительственные организации, владея новыми образовательными технологиями, успешно осуществляют внедрение новых подходов работы с различными группами риска, разработанных в других странах. Кроме того, в странах с развитой рыночной экономикой неправительственные организации имеют многолетний опыт финансирования за счет спонсорских дотаций, которые включают в себя умение финансово обосновать проводимые программы, поиск средств, наиболее эффективное расходование средств.

Этот опыт особенно ценен для России. Независимые международные организации «Врачи без границ», Международная Федерация Красного Креста, располагая финансовыми средствами, выступают в качестве коспонсоров отечественных НКО, привлекая их к реализации своих проектов.

Совместно с неправительственной организацией «Врачи без границ» продолжается начатая в 1997 г. в Москве информационно-просветительная кампания по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции половым путем и планируется распространить ее на другие субъекты Российской Федерации, организовать обучение специалистов наиболее эффективным методам работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков.

Общая стоимость этих программ оценивается в 367 тысяч долларов США.

8.1.4. Направления работы общественных организаций

Общественные организации, работающие в России по проблемам ВИЧ-инфекции, условно можно разделить на три группы по их функциям:

1. Общественные организации, занимающиеся информационным обеспечением государственных, в первую очередь медицинских, учреждений, общественных организаций, частных лиц («Инфо-СПИД», «Инфо-плюс» и т.д.). Например, сотрудниками «Инфо-СПИД» совместно с международной гуманитарной неправительственной организацией «Врачи без границ» только в 1997 году было переведено и издано 1000 различных материалов («СПИД и женщины», «СПИД и права человека», «СПИД и стратегии профилактики») и распространено более чем по 400 адресам. Неправительственная благотворительная организация «Инфо-плюс», созданная в 2000 г., обобщает и распространяет информацию о ВИЧ/СПИДе и смежных проблемах, заполняя пробелы в информационном пространстве. Центр освещает свою деятельность через СМИ и Интернет.

2. Общественные организации, принимающие активное участие в пропаганде знаний о профилактике ВИЧ-инфекции среди широких слоев населения, работающие с группами риска («Мы и врачи», «Врачи без границ», Ассоциация «Женщины против СПИДа», «НАН», неправительственная организации «Фокус», «Акцент» и др.). Например, некоммерческая организация «Акцент» проводит различные мероприятия по профилактике СПИДа и вензаболеваний с призывниками, проститутками, молодыми людьми, находящимися в местах лишения свободы.

3. Общественные организации, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

В современной России количество общественных организаций, ведущих активную, планомерную работу по борьбе с распространением СПИДа, еще незначительно по сравнению с другими странами. Кроме того, населению эти организации практически не известны. Лишь 3 – 4 % информированы об общественных организациях, которые достаточно активно занимаются решением вопросов, связанных с борьбой против наркомании и распространения СПИДа. Многие отмечают их пассивность.

8.2. Программы, реализуемые на территории РФ

8.2.1. Федеральная программа на 2001 – 2003 гг.

В целях ограничения распространения ВИЧ-инфекции Минздравом России, органами управления и учреждениями здравоохранения была разработана и принята целевая федеральная программа **АНТИВИЧ/СПИД на 2001–2003 гг.**

В рамках этой программы проводятся мероприятия по организации **бесплатной диагностики и лечения ВИЧ-инфекции**. Так, субъекты Российской Федерации уже получили необходимое количество диагностических тест-систем и препарата «Тимазид» для лечения ВИЧ-инфекции. Федеральный и восемь территориальных центров «СПИД» оснащены новым современным лабораторным оборудованием.

8.2.2. Опыт работы центра «СПИД» в Санкт-Петербурге

Российский клинический центр «СПИД» на базе Республиканской инфекционной больницы в г. Санкт-Петербурге обеспечен лекарственными препаратами последнего поколения для организации лечения три-терапией инфицированных детей.

В Санкт-Петербурге организована служба по профилактике и борьбе со СПИДом, которая включает в себя различные государственные и медицинские структуры:

- городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инфекционные стационары;
- кафедры академии последипломного образования;
- научно-исследовательские институты.

Имеется тесная взаимосвязь со службой Госсанэпиднадзора. Комитет по здравоохранению города координирует деятельность по проблемам СПИДа со всеми учреждениями, вовлеченными в этот процесс, а также с наркологической, акушерско-гинекологической, охраны материнства и детства, дермато-венерологической, инфекционной службами. Работа по проблемам ВИЧ/СПИДа проводится и на уровне городской администрации для обеспечения взаимодействия со всеми комитетами, а также Законодательным собранием и комиссиями, имеющими существенное значение в финансировании и осуществлении городских программ.

8.3. Направления работы по профилактике ВИЧ/СПИДа

В условиях роста числа ВИЧ-инфицированных особую актуальность в борьбе со СПИДом принимает профилактика ВИЧ-инфекции и других болезней, передаваемых половым путем, профилактика наркомании.

Система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, основанная на государственном учете всех ВИЧ-инфицированных, позволяет контролировать развитие эпидемического процесса в стране, обеспечивает раннее выявление инфицированных, дает возможность своевременно оказывать им **адресную медицинскую и социальную помощь**, проводить с ними профилактическую работу на более раннем этапе, что позволяет продлевать их жизнь, трудоспособность и социальную активность. Ежегодно с этой целью обследуется около 20 млн. человек (13% населения).

8.3.1. Особенности профилактической работы в мегаполисах

В Москве внедрена система эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции: проводится комплекс противозидемических мероприятий, существует система кабинетов профилактики ВИЧ-инфекции, где каждый желающий может не только пройти обследование на ВИЧ-инфекцию, но и получить от врача всю необходимую информацию об этом заболевании.

В Санкт-Петербурге разработана городская система профилактики СПИДа и наркомании. Работа по профилактике в Санкт-Петербурге проводится Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, Центром медицинской профилактики, координационным центром по профилактике наркомании городского наркологического диспансера, кожно-венерологической службой, другими лечебно-профилактическими учреждениями и общественными организациями.

Выделяются несколько уровней профилактики:

1. **Первичная профилактика** рассчитана практически на все здоровое население. Такие виды программ рекомендованы для проведения в подростковой среде – различные просветительские и образовательные программы, например, программы по половому воспитанию подростков, по безопасному сексу, «Жизнь без наркотиков» и т.д.

2. **Вторичная профилактика** проводится среди людей, имеющих опыт взаимодействия с группами риска. Это профилактические

программы, направленные на предотвращение дальнейшего распространения наркотиков, на снижение вреда от их употребления.

3. Третичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни людей, попавших в зависимость от того или иного вредоносного фактора, т.е. развитие широкой сети социальных и реабилитационных мероприятий.

Объективная и доступная информация о СПИДе, путях его распространения и методах предупреждения заражения – в настоящее время один из самых эффективных способов профилактики заболевания.

Информирование и обучение в рамках системы профилактики осуществляется по нескольким направлениям:

1. Информирование широких слоев населения через средства массовой информации.

2. Выделение целевых групп и работа в них:

- молодежные группы (учащиеся школ, средних учебных заведений, студенты, воинские коллективы);
- педагоги школ, средних учебных заведений, преподаватели вузов;
- родители школьников и учащихся;
- медицинские работники;
- группы риска (люди гомосексуальной ориентации, проститутки, наркоманы, беспризорные дети, люди, находящиеся в местах лишения свободы).

3. Работа на индивидуальном уровне (ВИЧ-инфицированные пациенты, пациенты анонимных кабинетов, проходящие на анонимное тестирование и консультирование).

В рамках профилактической работы используются следующие методы:

1. Проведение образовательных семинаров по вопросам эпидемиологии, профилактики, лечения, социальным аспектам ВИЧ-инфекции для корреспондентов местных СМИ, включая теле- и радиокорреспондентов.

2. Подготовка и публикация в органах печати материалов по проблеме ВИЧ/СПИД с упором на вопросы эпидемиологии и предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией.

3. Подготовка радиоматериалов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения; организация

трансляции видеоклипов по профилактике ВИЧ-инфекции на каналах местного телевидения; создание специальной телевизионной рубрики или цикла передач, посвященных обсуждению различных аспектов проблемы ВИЧ/СПИД; размещение информационных материалов в местных компьютерных сетях.

4. Подготовка и проведение лекций, бесед, круглых столов по вопросам ВИЧ-инфекций среди учащихся старших классов общеобразовательных школ, техникумов, высших учебных заведений.

5. Обучение средствам и методам предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией пациентов медицинских учреждений и отделений наркологического профиля, отделений вирусных гепатитов инфекционных больниц.

6. Привлечение молодежных лидеров, молодежных кумиров.

7. Использование популярных изданий, различных молодежных собраний.

8. Работа в «труднодоступных» группах, построение доверительных отношений с наркозависимыми.

8.3.2. Некоторый практический опыт работы по профилактике

Различными центрами и организациями проводятся **многочисленные акции** по профилактике ВИЧ/СПИДа. Российская неправительственная организация «Фокус» провела широкомасштабную акцию «Разумный Человек — Разумный выбор» по информированию молодежи о средствах и методах профилактики СПИДа и инфекций, передающихся половым путем. Выпущены видеоклипы, плакаты, буклеты по профилактике для молодежи, проведены маркетинговые исследования доступности презервативов.

Интересен опыт работы с группами риска. Например, была проведена следующая акция: проституткам, работающим на улицах города, раздавались презервативы и листовки с анкетами (для нее и для партнера). По результатам анкетирования определили направления работы и составили план профилактических мероприятий.

Кроме уличной проституции работой были охвачены городские агентства секс-досуга, в каждое агентство были сообщены адреса и телефоны пунктов анонимного обследования на ВИЧ/СПИД, рекомендованы медицинские центры, где можно по-

лучить информацию по ВИЧ-инфекции и заболеваниям, передающимся половым путем.

Активно проводится целенаправленная работа с группами высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией, в первую очередь с наркоманами, употребляющими инъекционные наркотики. Центрами по профилактике и борьбе со СПИДом при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД и международной неправительственной организацией «Врачи без границ» организована серия учебных семинаров.

Свыше 300 российских специалистов обучены организации профилактики ВИЧ-инфекции в среде наркоманов. В 50 регионах разработаны профилактические программы.

Вместе с тем, в работе по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией остается огромное количество нерешенных вопросов. Требуется совершенствования структура службы профилактики и борьбы со СПИДом, переориентация ее на усиление и расширение профилактической работы среди молодежи.

В нескольких регионах с наиболее высоким уровнем заболеваемости (Москва, Московская, Владимирская, Тамбовская, Рязанская и Пензенская области) центры по профилактике и борьбе со СПИДом являются функциональными подразделениями различных учреждений здравоохранения и не могут осуществлять свою деятельность в полном объеме.

8.3.3. Оценка эффективности профилактической работы

Практически не обеспечивается проведение оценки эффективности выполнения профилактических мероприятий. Работа, направленная на **профилактику ВИЧ-инфекции и наркомании** среди населения по изменению поведения, требует индивидуального подхода. До сих пор не создана система **медико-психологической поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.**

Недостаточно эффективной остается система информирования населения, особенно **молодежи, о профилактике ВИЧ-инфекций.** Требуется активизации и новых подходов работа со средствами массовой информации, которые нередко дают искаженную информацию о природе и механизмах развития эпидемии.

До сих пор не разработаны методики профилактики ВИЧ-инфекции для **мужчин-гомосексуалистов.** Кроме одноразовых проектов некоторых общественных организаций не проводится ком-

плексных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в этой группе.

8.3.4. Направления научных исследований

Научные исследования по вопросам ВИЧ/СПИД с 1994 г. проводятся в рамках подпрограммы «Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении» Федеральной целевой научно-технической программы «Исследования и разработки по приоритетным направлениям науки и техники гражданского назначения». Направления этих исследований соответствуют основным тенденциям развития мировой науки и связаны с разработкой средств и методов профилактики, созданием препаратов для иммунопрофилактики ВИЧ/СПИД, совершенствованием существующих и разработкой нового поколения диагностических и лечебных средств, изучением эпидемиологии ВИЧ-инфекции, ее клинического течения, выделением новых штаммов ВИЧ и исследованием их свойств, разработкой и внедрением принципов эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

Благодаря научным исследованиям, проводившимся в институтах Минздрава России, РАМН и РАН, были **разработаны лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции**, значительно более дешевые по сравнению с зарубежными аналогами, — «азидотимидин» и оригинальный препарат «фосфазид», запатентованный во всех развитых странах; созданы более 20 видов тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции, большинство из которых не уступает импортным аналогам.

Детально **изучен эпидемиологический процесс при ВИЧ-инфекции**, в системе эпиднадзора впервые стали использовать методы молекулярной эпидемиологии, создана отечественная коллекция штаммов ВИЧ. В настоящее время целым рядом научно-исследовательских учреждений России проводятся работы по изучению генетического разнообразия вируса иммунодефицита человека, изучение показателей иммунитета против ВИЧ и создание иммуногенных субстанций. Эти работы являются первыми этапами в создании вакцины против СПИДа.

В ходе выполнения программных мероприятий по программе «Вакцины» были созданы образцы иммуногенов и вакцинирующих препаратов против ВИЧ, банки сывороток и проведен анализ субтипов ВИЧ.

В целях повышения эффективности борьбы с ВИЧ/СПИДом

ученые проводят научные исследования в области вирусологии и генной инженерии. Ведутся исследования на предмет разрушения молекулярной структуры вируса с помощью электромагнитных полей высокой частоты специально подобранного спектра, развивается генотерапия (с помощью химических препаратов «вытаскивается» вирус из генома).

Основным средством борьбы с эпидемией является целенаправленная работа с группами высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией, использование средств массовой информации для информирования и обучения населения способам и методам предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией.

Помимо комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ половым путем и через наркотики, чрезвычайно важное значение имеет пропаганда нравственности и **укрепления института семьи**. В этой области православная церковь и религиозные организации других конфессий могли бы внести значительный вклад в дело предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа.

9. Основные направления работы по профилактике распространения ВИЧ\СПИДа в России

Принимая во внимание культурологические особенности распространения ВИЧ/СПИД в России, для сокращения темпов распространения эпидемии, необходим системный подход по защите населения.

Системный подход включает основные направления работы:

- планирование и координацию профилактических и противоэпидимических мер на общенациональном уровне;
- совершенствование надзора;
- совершенствование нормативно-правовой базы;
- повышение эффективности профилактической работы в области здравоохранения, образования и социальной сфере;
- подготовку и повышение профессиональной квалификации кадров;
- просветительскую работу среди населения.

Наиболее эффективными являются действия неправительственных и общественных организаций, а также гражданского общества, которые со временем способны взять на себя значительную долю ответственности в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в России.

Источники

1. Карбышев Г.Л. Методические подходы к проведению ретроспективного эпидемиологического анализа внутрибольничного шприцевого пути передачи в очагах детской ВИЧ-инфекции / Сборник научных трудов: Новороссийск, 1994. Вып. 1. С. 313–315.

2. Эпидемиологический надзор за СПИДом в Европе : Кварт. отчет N 37, 31марта 1993 г. Европ. центра эпидемиол. надзора за СПИДом и Центра сотрудничества по пробл. СПИДа ЕЭС–ВОЗ : Пер. с англ. – Екатеринбург: Екатеринбург. НИИ вирус. Инфекций, 1995. С. 26.

3. Боровский И.В. ВИЧ-инфекция: Эпидемиология и профилактика; Омский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями. Омск, 1996. С. 222 .

4. Покровский В.В., Бобков А.Ф., Ладная Н.Н., Карасева Н.Г., Бочкова М.С., Селимонова Л.М., Казаннова Е.В., Цыбакова О.А., Бушуева И.В. Эпидемиологическая цепочка от первого зарегистрированного в СССР больного СПИДом. Использование анализа электрофоретической подвижности гетеродуплексов для эпидемиологического маркирования // Эпидемиология и инфекц. болезни. 1996. N 1. С. 30–34.

5. Сидоренко Г.И., Вашкова В.В., Можаяев Е.А., Ротова Е.Г. СПИД как социальная проблема // Гигиена и санитария. 1996. N 5. С. 40–42.

6. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России – социальная и экономическая проблема. // Эпидемиология и инфекц. болезни. 1996. N 3. С. 4–10.

7. Лейникки П., Литсола К., Лаукканен Т., Салминен М., Смольская Т., Коровина Г., Власов Н. Идентификация генетических субтипов ВИЧ-1, циркулирующих на территории России // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1996. N 6. С. 25–28.

8. Покровский В.И., Краевский А.А., Покровский В.В., Урываев Л.В., Мацевич Г.Р., Юрин О.Г., Галегов Г.А., Решетникова Л.Н. Об основных результатах исследований по проблеме «СПИД» за 1995 г. // Вопр. Вирусологии. 1997. N 1. С. 2–5.

9. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. М.: Медицина, 1996. С. 246.

10. Покровский В.В., Юрин О.Г., Савченко И.Г., Буравцова Е.В., Панкова Г.Ю., Одиноква И.А. Эпидемиологические и клинические осо-

бенности инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и разработка принципов эпиднадзора и клинического наблюдения за лицами, инфицированными ВИЧ в СССР // Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционной патологии : Сб. науч. тр. к 30-летию ЦНИИЭ. М., 1993. С. 97–107.

11. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции на Урале: (Материалы регион. совещ., г. Екатеринбург, 1994 г.). Екатеринбург, 1995.

12. Ясинский А.А., Наркевич М.И., Сиротина Н.В., Фролова О.П., Голушов А.Т. Итоги реализации «Федеральной целевой программы на 1993–1995 гг. по предупреждению распространения заболеваний СПИДом в Российской Федерации (анти-СПИД)» // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1997. N 3. С. 45–48.

13. Покровский В.В. Новые «успехи» вируса иммунодефицита человека в России // Планирование семьи. 1997. N 3. С. 23–26.

14. Козлов А.П., Емельянов А.В., Веревошкин С.В., Карамов Э.В. Закономерности ранней фазы эпидемии ВИЧ/СПИД // ВИЧ-СПИД и родств. пробл. 1997. N 1. С. 5–28.

15. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: Сб. материалов науч.-практ. конф. (29–31 окт. 1997 г.). СПб, 1997.

16. Покровский В.И., Наркевич М.И., Покровский В.В., Краевский А.А. и др. СПИД – проблема общенациональная: (Материалы «Круглого стола») // Рос. мед. вести. 1998. N 1. С. 4–18.

17. Попова И.А., Бутова Н.В., Фомин Ю.А., Рахманова А.Г. и др. ВИЧ-инфекция у детей (По данным Российского клинического ВИЧ/СПИД-центра, Санкт-Петербург) // Рос. мед. вести. 1998. N 1. С. 18–22.

18. Ташкинова И.А., Момот О.Ф., Блиновская И.Ю. Влияние социальных факторов на интенсивность распространения ВИЧ/СПИДа в Калининградской области // Вопр. Наркологии. 1997. N 3. С. 62.

19. Амещиков В.А., Дрейзин А.А., Цетлин М.Г. Эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Калининградской области: опыт постановки работы в наркологическом стационаре // Вопр. Наркологии. 1997. N 1. С. 42–49.

20. Выгузов А.П., Селютин Л.И., Перекопская Т.И., Омеляненко Л.Н. ВИЧ-инфекция в Челябинской области // Избранные вопросы клинической медицины: Сб. науч.-практ. работ. Челябинск, 1998. N 2. С. 100.

21. Покровский В.И., Краевская А.А., Урываев Л.В., Покровский В.В. и др. Об основных результатах исследований по проблеме СПИДа за 1996г. // Вопр. Вирусологии. 1998. N 4. С. 148–151.

22. Копнина Е.О., Зайцева Н.Н., Альтова Е.Е., Иванова Н.И., Мызина О.И. Изучение и оценка уровня знаний учащихся средних школ о ВИЧ-инфекции и СПИДе // Эпидемиология и инфекц. болезни. 1998. N 5. С. 24–27.

23. Миккельсен Х. Распространение СПИДа среди гомосексуалистов в странах СНГ и Балтии // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 1999. N 1. С. 11–13.

24. Покровский В.П., Краевский А.А., Покровский В.В., Урываев Л.В. и др. Об основных результатах исследований по проблеме «СПИД» за 1997 г. // Вопр. Вирусологии. 1998. N 6. С. 244–247.

25. ВИЧ-инфекция/СПИД, болезни, передаваемые половым путем, и туберкулез в тюрьмах. Отчет о совместном европейском семинаре ВОЗ и ООН-СПИД. Варшава, Польша, 14–16 декабря 1997 г. // Инфекции, передаваемые половым путем. 1999. N 2. С. 75–78.

26. Шелканов М.Ю., Юдин А.Н., Бурунова В.В., Горбачева А.П. и др. Циркуляция вариантов ВИЧ-1 серотипа А/С в популяции наркоманов Твери, применяющих наркотики внутривенно // Иммунология. 1999. N 1. С. 30–35.

27. Родина Л.В., Шинкарева И.Г., Иваненко А.В. ВИЧ-инфекция в городе Москве: Материалы научно-практической конференции «Современные особенности развития эпидпроцесса в условиях большого города» (30 нояб. 1995 г.). М., 1995. С. 25–27.

28. Богач В.В., Троценко О.Е. ВИЧ-инфекция, развитие эпидемии в Дальневосточном регионе Российской Федерации // Рус. журн. ВИЧ/СПИД и родств. пробл. 1998. N 3. С. 44–46.

29. Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Материалы X науч.-практ. конф. дерматологов и венерологов Амур. обл. с всерос. участием. Благовещенск, 1998.

30. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в России // Наркомания: ситуация, тенденция и проблемы. М., 1999. С. 67.

31. Рентон А.М., Борисенко К.К., Тихонова Л.И., Аковбян В.А. Контроль и ведение заболеваний, передаваемых половым путем, в Великобритании и в Российской Федерации: сходства и различия // Инфекции, передаваемые половым путем. 1999. N 5. С. 27–33.

32. Покровский В.И., Краевский А.А., Урываев Л.В., Покровский В.В. и др. Об основных результатах исследований по проблеме СПИДа за 1998 г. // Вопр. вирусологии. 1999. N 5. С. 196–199.

33. Современные проблемы наркологии: Материалы науч.-практ. конф. (21–22 окт. 1999 г.). Астрахань, 1999.

34. Колбенев Ю.Н. Обоснование гигиенических и эпидемиологических принципов организации и создания лечебно-профилактического комплекса для больных СПИД и ВИЧ-инфицированных лиц / Омская гос. мед. акад канд. мед. наук. Омск, 1999. С. 21.

35. Круглый стол. 2000. N 2, 4.

36. Громыко А.И. ВИЧ-инфекция, СПИД и заболевания, передаю-

щиеся половым путем, в Восточной Европе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1999. N 6. С. 30–32.

37. Бухтояров О.В. Пандемия ВИЧ – пандемия психических расстройств (проблема психокоррекции ВИЧ-инфицированных): Обзор // Рус. журн. ВИЧ/СПИД и родств. пробл. 1999. N 2. С. 37–41.

38. Осташова В.Л., Лузин П.М., Красникова А.А., Жалнин В.В., Вайдин Р.И. Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией в Пермской области // Рус. журн. ВИЧ/СПИД и родств. пробл. 1999. N 2. С. 76–78.

39. Якобчук А.В. Эпидемия ВИЧ/СПИДа и тенденции поведения лиц, потребляющих инъекционные наркотики (ПИН) // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2000. N 4. С. 100–103.

40. Семикоп Т.Е., Киценко Н.А., Киунов В.Н. Роль неправительственных организаций в ответе на эпидемию СПИДа // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2000. N 4. С. 115–117.

41. Молотилев В.Ф., Шихман Р.И. ВИЧ-инфекция в России и Орловской области. Материалы межобластной конференции: Сб. ст. Орел, 1999. Т. 4. С. 131–133.

42. Колбенева Ю.Н. Обоснование гигиенических и эпидемиологических принципов организации и создания лечебно-профилактического комплекса для больных СПИД и ВИЧ-инфицированных лиц /дис. канд. мед. наук. Омск, 1999. С. 196.

43. Сергиев В.П., Малышев Н.А., Дрынов И.Д. Инфекционные болезни и цивилизация // Рос. мед. вести. 2000. N 3. С. 13–17.

44. Закоркина Н.А., Калемина Т.М. Пути профилактики ВИЧ-инфекции в условиях осложняющейся эпидемической ситуации в районах сельской местности // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвященной 80-летию Омской областной клинической больницы. Омск, 2000. С. 82–84.

45. Филатов Ф.П., Голосова Т.В. К обсуждению Федерального законодательства «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ» (Закон о СПИДе) // Новое в трансфузиологии. 2001. N 27. С. 40–44.

46. Губернаторова В.В., Краснов Б.И., Иванов И.И. Особенности распространения ВИЧ-инфекции на территории Ивановской области // Региональные проблемы охраны здоровья населения Центрального Черноземья: Материалы науч.-практ. конф. Белгород, 2000. С. 349–352.

47. Шуляк Г.А., Карпова М.Ю. Проблемы ВИЧ/СПИД в молодежной среде (по материалам социологического исследования, проведенного в г. Калининграде) // Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию со дня рождения проф. Н.Г. Веселова (28 нояб. 2000 г.). СПб., 2000. С. 136–138.

48. Крюкова Н.В., Крюкова С.В. Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции Гомельской области // Адаптационно-компенсатор-

ные механизмы регуляции функций в современных экологических условиях: Материалы науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов, посвящ. 10-летию образования Гомел. гос. мед. ин-та (23–24 нояб. 2000 г., г. Гомель). Мозырь, 2000. С. 90–91.

49. Рузаева Л.А. ВИЧ/СПИД в Красноярском крае. Стратегия противодействия // Сиб. мед. обозрение. 2001. N 1. С. 55–56.

50. Родина Л.В. Роль госсанэпидслужбы в деле профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД и ее взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями в условиях резкого роста ВИЧ-инфекции // Круглый стол. – 2001. N 1. С. 16–20.

51. Таджиев И.Е., Меснянкин А.П., Литвинова Г.Р., Ольховская С.А., Клепиков В.В. Социоэпидемиологические аспекты профилактической работы с проститутками и женщинами, потребляющими наркотики // Теоретические вопросы современной медицины, биологии и общественного здоровья (По материалам 77-й итог. науч.-практ. конф. сотр. АГМА). – Астрахань, 2001. С. 241–246.

52. Покровский В.И., Зверев В.В., Урываев Л.В., Покровский В.В. и др. Об основных результатах исследований по проблеме СПИДа за 2000 г. // Вопр. вирусологии. 2001. N 6. С. 4–6.

53. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Савченко И.Г., Голиусов А.Т. и др. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России // Эпидемиология и инфекц. болезни. 1998. N 5. С. 4–11.

54. Боев Б.В., Бондаренко В.М. Прогноз эпидемии ВИЧ-инфекции в России // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1999. N 4. С. 115–118.

55. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция: Клиника и лечение. СПб.: Изд-во ССЗ, 2000.

56. Никитина Т.Н., Наталич И.С., Казмерчук Л.Г. Приоритеты в реализации профилактических программ в регионе с высоким уровнем ВИЧ-инфицирования // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2000. N 4. С. 74–78.

57. Саухат С.Р., Воронцов Д.В., Тормозова Н.М., Голубенко И.А. и др. Влияние программы обмена шприцев на снижение риска заражения ВИЧ среди потребителей внутривенных наркотиков в г. Ростов-на-Дону // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2000. N 4. С. 89–92.

58. Рошупкин Г.В. Информационные центры как инструмент изменения поведения с целью профилактики ВИЧ-инфекции // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2000. N 4. С. 108–111.

59. Шах Р., Брэдбир К. Женщины и ВИЧ-инфекция – состояние проблемы десять лет спустя // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2000. N 6. С. 12–18.

60. Онищенко Г.Г. Задачи органов управления и учреждений здравоо-

хранения по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2001. N 1. С. 4–7.

61. Материалы по ВИЧ-инфекции и СПИДу, подготовленные к одноименным чтениям в Государственной Думе // Глав. врач. 2001. N 1. С. 27–48.

62. Голохвастова Е.Л. Клиника и лечение ВИЧ-инфекции // Лечащий врач. 2001. N 1. С. 17–21.

63. Юрин О.Г., Краевский А.А., Афонина Л.Ю., Балаганин В.А. и др. «Фосфазид» – новый отечественный противоретровирусный препарат // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2001. N 1. С. 43–45.

64. Кравченко А.В., Саламов Г.Г., Богословская Е.В., Серебровская Л.В. и др. Трехкомпонентная комбинированная антиретровирусная терапия с применением ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2001. N 4. С. 32–35.

65. Демографический ежегодник России: статистический сборник. – М.: Госкомстат, 1997. С.44–47.

66. Материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации к заседанию Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации (12 ноября 1999 г.).

67. Наркевич М.И. ВИЧ-инфекция в России /Отдел профилактики инфекционных заболеваний МЗ России (сентябрь 1999 года).

68. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень № 22 /Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. М., 2002. С.4–26.

69. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Буравцова Е.В., Ермак Т.Н. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: Практическое руководство для врачей-интернов, студентов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. С. 26–31.