



Нацпроекты будут реализованы в полном объеме, невзирая ни на какие проблемы и сложности

Нацпроекты будут реализованы в полном объеме, невзирая ни на какие проблемы и сложности. Об этом заявил Дмитрий Медведев на заседании Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике.

«Нацпроекты играют существенную роль в социальном развитии страны и доказали свою эффективность», — указал глава государства, выступая в Кремле.

«Глобальный кризис, несмотря на необходимость корректировать планы, не может быть основанием для сворачивания социальных программ», — отметил Медведев, — правительство должно профинансировать все обязательства в полном объеме, ничего не будет закрыто, все будет продолжено».

Концепция демографического развития России, по мнению Президента, развивается «по тому сценарию, по которому она была создана». В 2008 году в России родилось на 100 тыс. детей больше, чем в 2007-м, а коэффициент естественной убыли населения снизился более чем в два раза. «То есть мы обеспечили прирост населения приблизительно на 6%, даже, может быть, чуть больше», — пояснил Дмитрий Медведев.

Немалую заслугу в достижении оптимистичных демографических показателей глава государства видит в реализации нацпроекта «Здоровье», в частности массовой иммунизации населения, программе родовых сертификатов, по-

вышению доступности и качества первичной медицинской помощи. Высокотехнологичной медицинской помощью смогли воспользоваться в четыре раза больше больных, а время ожидания «скорой» благодаря поставкам санитарного транспорта уменьшилось с 35 до 25 минут.

В наступившем году нацпроект «Здоровье» будет расширен, у него появится ряд новых направлений, в том числе по борьбе с онкологическими заболеваниями и туберкулезом, по дополнительной диспансеризации подростков.

Одной из главных задач нацпроекта станет формирование здорового образа жизни среди россиян, а это, прежде всего, занятия физкультурой и спортом, правильное питание, снижение употребления алкоголя и табака, прохождении диспансеризации, профилактика заболеваний.

По словам министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой, министерство разработало масштабную информационную кампанию по борьбе с алкоголизмом, табакокурением и пропаганде здорового образа жизни. Будет также проводиться мониторинг соответствия алкогольной и табачной продукции необходимым параметрам.

К 2012 году, по расчетам Минздравсоцразвития России, количество курящих в стране должно сократиться до 30%, а число употребляющих алкоголь — на 5,1%.

«Введение заботы о здоровье в систему общенациональных ценностей» Татьяна Голикова считает основной задачей на ближайшие годы.

В 2009 году в рамках нацпроекта «Здоровье» сохранятся стимулирующие денежные выплаты врачам и медсестрам участковой службы, персоналу фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи», дополнительную подготовку и переподготовку пройдут 11 тыс. врачей первичного звена здравоохранения.

В 2009–2012 годах будут оснащены лечебно-диагностическим оборудованием шесть федеральных и 47 региональных онкологических учреждений. Высокотехнологичную помощь получают 1,13 млн человек, на строительство федеральных центров ВМП выделено 43,1 млрд руб.

Дополнительную диспансеризацию пройдут 8 млн человек.

Продолжатся мероприятия по развитию Службы крови и донорства, в том числе 119 учреждений будут оснащены современным оборудованием, будет создана единая информационная база доноров.

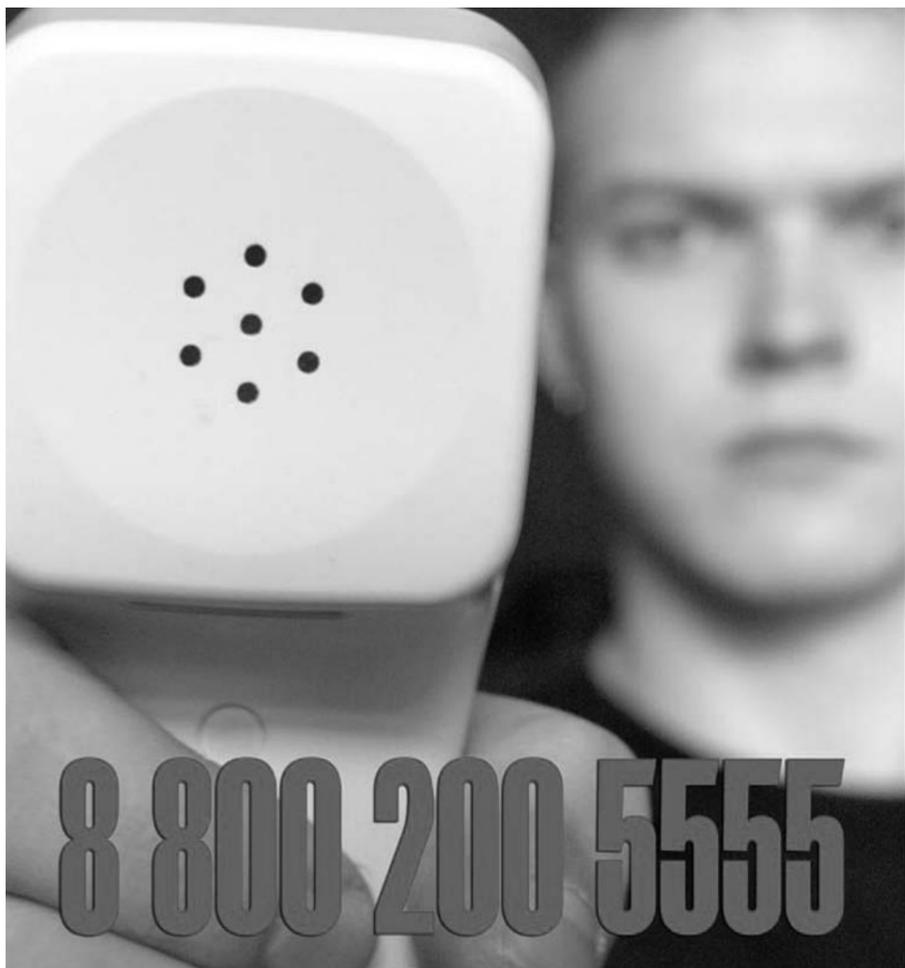
За счет реализации проекта к 2012 году планируется достичь снижения смертности от всех причин до 11,9 на 1000 человек, а увеличения рождаемости — до 13,5 на 1000 человек и, в конечном итоге, увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 69 лет.

В номере:

- Нацпроекты будут реализованы в полном объеме, невзирая ни на какие проблемы и сложности
- Елена Алешина: «Мною движет энергия любви...»
- Правила въезда и проживания для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом
- Вести отовсюду

Лучший сайт знакомств для ВИЧ-положительных на date.hiv-aids.ru

Устали от «В контакте» и «Одноклассников»? Приходи в www.pozmos.ru Новая социальная сеть для ВИЧ+



8-800-200-5555

на линии дежурят

ВИЧ-положительные консультанты

Горячая линия «Шаги»

Все звонки бесплатны!

Мы знаем, как с этим ЖИТЬ!



Елена Алешина:

«Мною движет энергия любви...»

Она обладает такой силой духа и умением добиваться поставленных целей, что ей может позавидовать иной мужчина. Но при этом она остается женщиной — милой, непосредственной, чувствительной. И эти качества делают ее притягательной для самых разных людей — и для тех, кто настроен на сугубо деловые контакты, и для тех, кто ценит роскошь человеческого общения...

Сегодня у нас в гостях Елена Николаевна АЛЕШИНА — руководитель Калужского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Истоки

Я родилась в Верхнеднепровске на Украине. Отца распределили туда на завод после окончания Киевского политехнического института. Туда же после года работы геологом на Алтае приехала и мама, тоже выпускница Киевского политеха. Родом мама с Донбасса, из семьи Стоминых, которые до революции работали на земле, имея различную сельскохозяйственную технику и лошадей. Они много трудились сами и не стремились нанимать батраков. По линии отца — дедушка поляк. Со своей любимой, моей бабушкой, он познакомился во время Первой мировой войны, когда его полк стоял в Калуге. Ее предки были местные купцы Шевыревы и Афанасьевы. Недавно узнала, что один из них (по линии Шевыревых) был известным философом и поэтом, жил в Москве и преподавал в университете. Слыл он человеком жестким, прямолинейным и непримиримым. Как-то умудрился подражаться с князем Бобринским прямо при государе императоре, за что и был сослан. Возможно, что-то от его характера передалось и мне. Но тогда война развела влюбленных. Деду пришлось пройти передовую, побывать в плену у австрийцев, и вместе с другими пленными попасть в Японию. Там он принял революцию, работал в наркомате просвещения Дальневосточной республики. Вопреки всему он опять оказался в Калуге, разыскал свою любимую и женился на бабушке. Они работали по жизни там, куда посылала их партия: в Петрограде, в Тальном, в Сквире...

В Калуге живу с 1959 года. Родители с детства привили мне любовь к знаниям, к чтению, не одобряли праздного времяпрепровождения. Трудолюбие и уважение к чужому труду я получила в наследство от них.

По медицинской линии в нашей семье работали только двое. Во-первых, сестра моей бабушки, которая после революции училась в Петрограде, а затем уехала в Киргизию и там долгое время возглавляла республиканский родильный дом, и еще — мама сестра, моя украинская тетя, которая до сих пор заведует лабораторией в кожнодиспансере. Но они ни коим образом не пытались влиять на мой выбор профессии.

Я хотела стать либо историком, либо журналистом, собиралась поступать в МГУ. Историю я очень любила и люблю до сих пор, знаю ее хорошо, слежу за новинками — ни одна историческая книга не проходит мимо меня. Часто я на исторических примерах учусь, как нужно себя вести в том или ином случае. Изучаю, что в истории приводило к успеху, а что — к поражению.

Журфак также рассматривался, поскольку я неплохо писала и мне всегда удавались сочинения. И не без гордости могу сказать, что когда уже защищала кандидатскую, оппоненты по достоинству оценили мой стиль повествования, отметив, что никогда не думали, что так интересно можно писать на профессиональную тему. Но это было уже позже. А по окончании школы я учила историю и собиралась поступать на истфак.

Случай помог

Я поступила на медицинский факультет, можно сказать, случайно. Дело в том, что в школе я недолюбливала химию и биологию, особенно тему «синтез белка». Но Всевышний, наверное, лучше знает, кому что предназначено. Однажды в воскресный день я села за подготовку к экзаменам. Рядом лежала стопка учебников. Хотела начать с истории, но рука почему-то потянулась к биологии. Открыла первую страницу наугад и сама удивилась — это был параграф о синтезе белка. Меня это заинтриговало — я вдруг поняла, что это не просто совпадение. Стала читать и увлеклась, и чем дальше читала, тем больше понимала, как это интересно. Я вдруг как будто увидела этот синтез — информационную, транспортную РНК. И мне это понравилось. Я поняла, что это мое. Это было какое-то озарение! И вот тогда я решила, что хочу стать врачом.

Я тут же объявила своим родителям, что не буду поступать на истфак, а пойду в медицину. Они, конечно, были в шоке. Но если уж я чего решила — значит решила. С химией, несмотря на то, что по ней у меня была твердая четверка, не все ладилось. Пришлось поработать по полной программе — с утра до ночи сидела за книжками, да еще занималась с репетиторами, главным из которых был именно по химии. Я до сих пор вспоминаю добрым словом Константина Февралева, преподавателя пединститута. Он научил меня понимать химию и сделал все возможное, чтобы я не передумала и все-таки пришла в медицину. С тех пор химия стала моим любимейшим предметом.

Врач должен любить своих пациентов

Я хотела поступать на лечебный факультет, но для этого нужно было два года трудового стажа, а у меня был только год. И отец уговорил меня подать документы на санитарно-гигиенический факультет Рязанского мединститута. Училась я легко, но единственное, что меня угнетало — санитарный врач мало работает непосредственно с больными. А я такой работы очень хотела. Мне всегда было важно ощущать необходимость своей конкретной помощи кому-то. И брезгливости по отношению к людям у меня никогда не было. Пойдем, бывало, на вызов к старушке с давлением — заодно и помоем бабулю, белье ей постираем...

Помню, на 4-м курсе: зима, мороз, а у нас практика в поликлинике. Вызов в новый микрорайон, у мужчины 30-ти лет, шофера, якобы ОРВИ — в мороз ремонтировал машину и после слег. Поехали, послушала я больного, а у него в одном легком дыхания нет. Срочно его одели — и в больницу. Оказалось крупозное воспаление легких. Участковый доктор недосмотрел, поставил диагноз ОРВИ, а может, просто торопился — зима, много вызовов. А больному все хуже. Так что если бы мы прогуляли практику и не пошли, он мог бы умереть дома. Нас потом благодарили, сказали: «Вы, девочки, жизнь пациенту спасли!», и поставили «автоматом» по пятерке за экзамен по терапии.

Возможно, тогда я поняла три вещи: первое — мы фатально зависим друг от друга, второе — во врачебной профессии нет мелочей, третье — врач должен любить своих пациентов. Нет ничего более серьезного, чем держать в руках чужую жизнь. Ошибки врачей в большей степени неисправимы. Если учитель что-то неправильно объяснил, ученики чего-то не поймут, чему-то не научатся, но они от этого не умрут. А медик все время держит в своих руках не только здоровье, но подчас и жизнь людей. Ошибка может привести к катастрофе, потому что в медицине нет ни одной стопроцентно безопасной манипуляции. Это очень тяжелая и очень ответственная профессия. Поэтому все остальное, чем я любила заниматься, что умела (а я увлекалась и театром, и легкой атлетикой, и шахматами), оставила ради медицины.

Институт закончила с красным дипломом. Бабушка уговорила меня вернуться в Калугу и я выбрала соответствующее распределение в областную санэпидемстанцию.

Главным врачом в облэс тогда был Александр Ощепков. Он посмотрел на мой диплом, на меня, и сказал, что я буду заведующей отделом гигиены детей и подростков. Так я проработала четыре года: почти каждую неделю ездила на разбитых автобусах в командировки, вела кочевую жизнь, а по понедельникам писала отчеты. Приходилось настойчиво и жестко бороться за правильное питание в школах и детсадах, за то, чтобы школьная мебель соответствовала нормативам, чтобы в детских учреждениях соблюдались санитарные нормы... На этой работе я действительно закалилась, прежде всего как администратор. И знаете, как это пригодилось мне потом, при создании Центра СПИД и ИЗ. Но это было потом...

А тогда, в конце 80-х годов, все дышало ветром перемен и перестройкой и в один прекрасный день настал момент, когда я поняла, что могу сделать что-то большее. В долгой беседе у себя на приеме начальник областного центра Алексей Карпеев, поняв мою беспокорную натуру, решил готовить меня на должность главного врача и в 1989 году послал учиться в Москву, в ординатуру, на кафедру организации здравоохранения, чтобы я стала дипломированным руководителем.

Кафедра, возглавляемая академиком Лисицыным, в то время была на плаву, поскольку там работала дочь Горбачева. Приезжало очень много иностранцев, было много новых интересных работ, например, по обязательному медицинскому страхованию — Лисицын специально для этого даже ездил с Горбачевым в Китай. На кафедре от американских ученых я впервые узнала о хосписах, там же мне удалось пройти стажировку в Министерстве здравоохранения в отделе, ко-



С отцом



В институте

торый занимался диспансеризацией. Одним словом, там меня многому научили.

Каково же было мое удивление, когда по возвращении в Калугу, мне предложили должность рядового врача в моем бывшем отделении областной санэпидемстанции. Естественно я отказалась, посчитав, что государство не зря тратило деньги на мое обучение, выплачивая стипендию в 170 рублей, тогда как врачи получали 120. Пришлось снова обращаться к руководству, которое уже успело смениться. На то время руководитель Департамента здравоохранения области Омельченко плохо понимал, что со мной делать. Он позвонил в экономический отдел и спросил, нет ли чего, что нужно создать. Там сказали: «Центр по СПИДу» — что-то новое и непонятное. Трудности и новизна меня всегда привлекали, и я согласилась стать главным врачом центра СПИД. На деле оказалось, что нет не только здания, но и кадров, штатного расписания, задач и функциональных обязанностей. В области знали, только что по приказу Минздрава СССР № 62 от 1989 года всем областям предписывалось создать центры по СПИДу.

Если засомневался, то уже проиграл

Надо было все начинать с нуля. Сначала я узнала, какие существуют республиканские структуры, выяснила адреса и поехала в Москву. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом возглавлял доктор медицинских наук профессор Шимамберидзе. Мы целый день с ним обсуждали, каким должен быть центр, чем он должен заниматься.

Вернувшись в Калугу, я сразу составила штатное расписание, определила задачи и функции, плановый отдел помог подготовить смету предстоящих расходов на 1990 год.

Следующий этап — нужно было искать здание. Сначала искала сама, потом обратилась к первому секретарю горкома партии Горчакову. Но все, что мы находили, требовало большого ремонта или было занято.

Тогда я решила написать председателю облисполкома Анатолию Стеликову. Благодаря ему для нас было найдено бывшее здание кожвендиспансера. И опять все нужно было начинать с нуля, каждый день что-то «выбивать»: кабинеты, столы, телефоны. В помещениях, которые нам выделили, бегали крысы, все требовало ремонта...

По задумкам руководства в СПИД-центре должны были быть только кабинет организации организационно-методической работы и кабинет для забора крови, а также приема пациентов. Но я представила, чего бы я хотела, если бы была на месте ВИЧ-инфицированного человека. Конечно, в центре должна быть стоматология, ведь не исключалась вероятность заразиться через стоматологические инструменты. И потом, это очень востребованная услуга.

Я представила, как больной будет ходить и объяснять стоматологу, что у него ВИЧ-инфекция, а врачи будут шараться от него. У человека будет страшная боль, и никто ему не поможет. Поэтому, в первую очередь, я решила, что в центре будет стоматология с врачами, знающими, кто их пациенты.

Потом подумала, что обязательно нужна гинекология, ведь у женщин бывает много проблем. Педиатр тоже нужен, ведь будут рождаться дети.

Терапевт, процедурный и физиокабинеты, инфекционист, иммунолог...

Так я составила первое штатное расписание.

Я понимала, что с болезнью мы имеем дело специфической — людей диагноз обычно шокирует, вгоняет в депрессию, они теряют жизненные ориентиры и требуют максимум внимания и мягкости. И вообще, врач — профессия очень деликатная...

Конечно все давалось нелегко. Но прежде чем что-то сделать или принять какое-то решение, я постоянно просчитывала варианты, как в шахматах. И тут главное — не сомневаться в том, что делаешь все правильно. Если ты засомневался в чем-то, то уже проиграл. И если в голове крутится мысль «не получится» — лучше не начинать.

Досье:

Е.Н. Алешина родилась в 1958 г. на Украине.
Родители: Николай Иванович и Лидия Родионовна. Оба закончили Киевский политехнический институт.

- В детстве была непоседливой хулиганкой — дралась с мальчишками «смертным боем». Обожала кататься на велосипеде и никогда никого не боялась.

- Еще в 7-летнем возрасте организовывала детские концерты во дворе своего дома, на которых собирались соседи со всей улицы.

- В 7 классе в пионерлагере организовала футбольную команду, стояла на воротах.

- В средней школе увлекалась историей, литературой, шахматами, английским языком. В 10 классе участвовала в 6-й спартакиаде народов СССР по шахматам (играла за Калужскую область), в 14-й спартакиаде школьников Российской Федерации — серебряная медаль.

- Сочинение по литературе могла написать в стихах, в старших классах школы мечтала поступить в Литературный институт.

- В 1976 г. поступила в Рязанский медицинский университет (до поступления 1 год работала на заводе).

- На 3-м курсе создает студенческий Театр эстрадных миниатюр, пользующийся в Рязани большой популярностью.

- В составе команды по легкой атлетике участвовала в чемпионате Министерства здравоохранения среди медицинских вузов СССР.

- Хорошо играет в настольный теннис (участник соревнований на первенство города).

- В 1989 г. открывает в Калуге СПИД-центр.

- Уже будучи руководителем СПИД-центра выиграла первенство области по шахматам среди женщин, а сразу после рождения дочери играла по переписке с шахматистами Германии.

И еще:

- В 1993 г. создает и по сей день возглавляет активно работающую в регионе Калужскую областную общественную организацию «Врачи Калужской области».

- В 1998 г. — член президиума Областного совета женщин.

- В 1999 г. — член областного Совета по здравоохранению при губернаторе Калужской области.

- В 2006 г. защитила кандидатскую диссертацию по специальности эпидемиология.

- В 2006 г. награждена медалью «За жертвенное служение» общественного общероссийского движения «Россия православная».

- В 2007 г. присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

- В 2007 г. — член антинаркотической комиссии при губернаторе Калужской области.

- В 2008 г. — член комиссии по медицинской этике при Министерстве здравоохранения Калужской области.

- В 2008 г. награждена медалью «За особые заслуги перед Калужской областью» III степени.

- В 2008 г. награждена нагрудным знаком Федерации независимых профсоюзов России «За сотрудничество».

В 1996 году мы выявили первого инфицированного иностранца — в Малоярославце. Это был румынский гражданин с запущенной формой СПИДа. Наши специалисты (их был минимум) ездили по районам, проводили огромную профилактическую работу, подключали к ней СМИ. Это сегодня люди уже знают, что такое СПИД, а тогда от этого слова они буквально шаркались.

Но и сегодня СМИ мы просим писать о СПИДе серьезно, без истерик и излишних смакований

«жареных» фактов. И больше внимания уделять воспитательным моментам. Ведь половая распущенность — главная причина распространения ВИЧ-инфекции в Калужской области. И речь идет не только о «зеленой» молодежи, но и о людях от 30 до 50 лет. Причем, контингент выявляемых тоже разный: пэтэушники, медработники, школьники, военнослужащие, предприниматели, рабочие заводов... Так что, как от сумы и тюрьмы, от инфекции никто не застрахован.

Коллектив

Профессионализм нужен во всем — метешь ли ты улицу или руководишь учреждением или регионом. Настоящий профессионал умеет видеть проблему в комплексе, высказывать и отстаивать свое мнение.

Бывает трудно, но я пытаюсь быть профессионалом. Мы, женщины, — люди выносливые, а я по натуре еще и лидер и оптимист и привыкла верить в себя. Если в себя не веришь, никакое дело у тебя не получится.

И очень важно, кто тебя окружает. Я — главный врач, я — первая, но среди равных. И конечно приходится учитывать и особенности людей, и их характеры, и как они воспримут ту или иную информацию. Я даже продумываю, как одеться, каким тоном что сказать в каждом конкретном случае. И выступаю только тогда, когда абсолютно уверена в правоте своих слов, когда у меня есть факты, доказывающие мою правоту. И говорить с людьми стараюсь всегда корректно. Дураков у нас в центре нет. Кто-то считает, что с умными работать трудно, а мне наоборот легко. Я очень люблю свой коллектив, свою непростую и часто нервную работу. Все, что мной движет в жизни, — это энергия любви. На мой взгляд, если человек никого и ничего не любит, он, считай, умер... Безразличие — вот что страшно. Мы ведь все зависим друг от друга. И даже больше, чем думаем.

Но мне в этом отношении повезло — меня окружают прекрасные люди. Я знаю каждого: какая у него семья, дети, какие проблемы, болезни. Всегда думаю, как бы человеку помочь, как сделать, чтобы его проблемы разрешились. Очень часто хожу по территории Центра, разговариваю со специалистами и пациентами. Смотрю, как сотрудники одеты, как выглядят, в каком они настроении.

И мой супруг, Константин Алешин, медицинский технолог высшей категории, тоже трудится рядом. Конечно, это накладывает на него особую ответственность, но он и так обожает свое дело.

Уже с 9 до 11 утра у меня часто бывают на приеме пациенты, которые всего боятся, и моя врачебная специализация по психотерапии помогает мне в общении с ними.

После пяти вечера я могу поработать с документами в тишине, никто не отвлекает. Для руководителя важно хотя бы час-два иметь возможность поработать с документами, подумать, назначить нужную встречу.

Увлечения

Мои увлечения — это особый разговор. И весь коллектив об этом знает. Я счастливый человек, я ищу и нахожу то, чего душа просит.

История, особенно Государства Российского, осталась моим хобби. Когда-то я часами просиживала в шахматном клубе, ездила на чемпиона-



В коллективе

ты. Кстати, на одном из них, в Иванове, познакомилась с Андреем Тарковским, где он показывал свое «Зеркало». Блестящий режиссер жил в той же плохонькой гостинице, где и мы, девчонки-школьницы. Ну как было ни взять у него автограф! И нам, девчонкам, его дали! Более того, Андрей Арсеньевич и его съемочная группа наполнили нас чаем. А спустя несколько лет, когда Тарковского уже не было в живых, судьба свела меня с его сыном Арсением, у которого я вела занятия во 2-м Московском медицинском... И он узнал эту историю про отца...

Приятно обо всем этом вспомнить. И мое увлечение театром. Сначала в Рязани я развернула свою «артистическую карьеру» во всю мощь — там мы еще с одним студентом создали Театр эстрадных миниатюр и чего только не показывали: пародии, водевили... И всегда у нас были аншлаги... Затем в Калуге я играла в Народном театре в Доме учителя.

Отдыхаю, общаясь с друзьями. Они не только в Калуге, но и в Рязани, Костроме, Москве. Я люблю им звонить и ездить в гости. Люблю путешествовать. Люблю разглядывать людей: как они одеты, что едят. Люблю старину, посещать музеи разные. Очень хорошо знаю Питер, часто туда езжу. Очень люблю выставки. И даже на море я езжу обязательно с экскурсиями. Мне все интересно. Познание мира, познание людей, познание природы — это безумно заманчиво.

Я люблю ходить пешком. Быстро. Я ставлю себе задачу: в день пройти 15–20 километров. Я иду и о чем-то думаю. Бывает просто о пустяках, а бывает просчитываю какие-то варианты.

Люблю готовить. Люблю грибы собирать. Знаю, какие грибы съедобны, хорошо ориентируюсь в лесу. Нравится сам процесс «тихой» охоты. Люблю классическую музыку.

О ВИЧ/СПИДе в Калужской области

Но вернемся к работе. И говоря о ней, нельзя не упомянуть об эпидемиологической ситуации в области и обо всем, что с ней связано.

Калужская область относится к регионам с умеренным уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. С начала регистрации (с 1989 г.) выявлены 1324 случая ВИЧ-инфекции у калужан. Пораженность населения области ВИЧ-инфекцией в 2,35 раза ниже средних показателей по России. Однако очень высокий уровень пораженности (в 2 и более раза, чем среднеобластной уровень) зарегистрирован в Обнинске (340,3 на 100 тыс. населения), Боровском районе (337,3 на 100 тыс. населения) и в Жуковском районе (316,1 на 100 тыс. населения). Эти показатели также превышают и средний уровень пораженности по РФ (309,2 на 100 тыс. населения), что позволяет отнести вышеперечисленные районы к территориям риска по ВИЧ-инфекции.

В 2008 году был отмечен рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 17 районах области, в том числе в Дзержинском (в 6 раз), Думиничском (в 2,5 раза), Людиновском (в 1,6 раза). Ввиду активной профилактической работы реальное снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 3,3 раза в прошедшем году отмечено только в Боровском районе. При этом в семи муниципальных образованиях ВИЧ-инфекция вообще не выявлялась.

Благодаря проводимой борьбе с незаконным оборотом наркотиков и профилактической работе в регионе с 2001 года не регистрируется вспышечная заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, что до 2007 года сдерживало развитие эпидемии. Наркотическим путем всего инфицировалось 688 человек (51,9%). Однако в последние 5 лет активизировался и вышел на первое место половой путь передачи инфекции, что характерно для большинства административных территорий области. Доля полового пути передачи ВИЧ увеличилась с 44,7% в 2004 г. до 77,4% в 2008 г. При этом доля наркотического пути передачи в последние годы остается на стабильном уровне 17–19% в год (2008 г. — 17,8%).

Максимально пораженной возрастной группой в регионе остаются молодые люди 21–35 лет — 66,3%. В 2007–2008 гг. отмечается рост выявления ВИЧ-инфекции у людей старше 30 лет, среди ко-

торых по социальному статусу преобладает работающее население (41%). Это, в свою очередь, в недалеком будущем усилит кадровый «голод» в регионе и создаст дополнительную нагрузку на органы социальной защиты населения.

В последние годы наблюдаются стабильно низкие показатели заболеваемости среди детей и подростков, что является результатом активной работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи и подтверждает эффективность этого направления деятельности.

В половой структуре вновь выявленных ВИЧ-инфицированных преобладают женщины (55,5%). Соответственно увеличивается и число новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Начиная с 2000 года, в области родились 211 детей, в 2008 г. — 47 детей. Установлен диагноз ВИЧ-инфекции у 16 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, из них у одного ребенка в прошлом году. Всего двое детей умерло от СПИДа.

В связи с увеличением «стажа» заболевания среди ВИЧ-инфицированных увеличивается и их смертность от СПИДа и сопутствующих заболеваний. Всего за весь период наблюдения умерло 215 ВИЧ-инфицированных калужан, из них только 59 человек (27,4%) от СПИДа. В большинстве случаев от СПИДа умирают лица, уклоняющиеся от диспансеризации и лечения и продолжающие употреблять наркотики.

Осложняет эпидемиологическую ситуацию в Калужской области резко возросшее число иностранных граждан (более 26 тыс. в год), прибывающих на работу, так как выявляемость ВИЧ-инфекции среди них в 2 раза выше, чем среди жителей Калужской области (2,8 на 1000 обследованных). В 2008 г., при оформлении документов на право пребывания в РФ, ВИЧ-инфекция была выявлена у 52 иностранных граждан, что на 48% больше, чем в 2007 г. Чаще всего ВИЧ-инфекция выявляется среди граждан Украины, Узбекистана, Таджикистана, Армении, Молдавии, Грузии, Белоруссии. Среди иностранных граждан преобладают мужчины в возрасте 19–52 лет (73%). Нахождение трудовых мигрантов в сексуально активном возрасте, без семьи на территории РФ требует проведения активной информационно-просветительской работы в этой группе, которая и была начата нашим СПИД-центром с 2007 года.

Таким образом, рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории Калужской области связан с преобладанием полового пути передачи ВИЧ среди социально адаптированных граждан, что привело к активному вовлечению в эпидемию женщин и лиц старше 30 лет. Основным способом предупреждения развития эпидемии ВИЧ/СПИДа остается широкомасштабная индивидуальная и групповая информационно-просветительская работа, которой на сегодняшний момент охвачено 7,5% населения области. А остановить эпидемию можно будет только в том случае, если каждый гражданин не только будет знать о существующем риске инфицирования, способах предупреждения и возможностях диагностики и лечения ВИЧ в рамках существующих государственных программ, но и строго соблюдать меры профилактики заражения.

Проекты

Недавно Общероссийская организация «Лига здоровья нации», которую возглавляет академик РАМН Лео Бакерия, поддержала инициативу нашей Калужской областной общественной организации «Врачи Калужской области» в работе с волонтерами.

И вот буквально недавно наша делегация вернулась с Общенациональной выставки общественных организаций России «Гражданское общество: здоровый образ жизни, охрана здоровья населения, охрана окружающей среды», которая проходила в рамках II-ого Общероссийского конгресса «Здоровый образ жизни как условие устойчивого развития государства и источник конкурентоспособности бизнеса». Этот конгресс является своеобразным стартом активной общественной жизни страны по воплощению в жизнь представленных ранее конкурсных проектов. Столь представительный уровень организаторов явно доказывает, что государство осознает пря-

мое влияние здорового образа жизни на уровень развития общества в целом и экономики страны в том числе. Возможно поэтому на конгрессе большое внимание уделялось не только будущим проектам, но и изучению регионального опыта комплексного подхода к созданию территорий живущих по законам здорового образа жизни (ЗОЖ).

Кроме нас, в конгрессе принимали участие 68 в основном молодежных общественных организаций со всей России, грантообладатели, представившие наиболее интересные проекты в области привлечения внимания гражданского общества России к здоровому образу жизни порой самыми необычными способами, в том числе и через механизмы взаимодействия власти, бизнеса и общественных организаций в пропаганде и формировании ЗОЖ. К примеру, самарский регион пропагандирует ЗОЖ через увлечение игрой на барабанах мира.

Мы, как мне кажется, представили не менее интересный проект по профилактике социально значимых заболеваний и объясняется это тем, что корни не только ВИЧ/СПИДа, но и других значимых болезней лежат в социальной плоскости жизни общества. Проще говоря, невостребованность молодого поколения, часто приводит ее представителей к увлечению алкоголем, наркотиками, что в свою очередь дает резкий неконтролируемый рост различного рода заболеваний.

И несмотря на тяжелые времена специалисты нашего Центра совершенно безвозмездно готовят команду молодых волонтеров, которые не только будут информировать молодежь о безопасном поведении, но и привлекут ее активную часть к волонтерской работе — пропаганде здорового образа жизни. Жизнь доказывает, что кризисы рано или поздно проходят и все налаживается к лучшему, а вот здоровье вернуть порой бывает уже невозможно.

О будущем

У меня сейчас есть учреждение, которым я руковожу, оно поставлено на ноги, но не идеально. Я вижу направления модернизации и работы, и организации, и взаимодействия в коллективе, и в отношении к пациентам. Я бы многое еще сделала. Центр — это бесконечно развивающийся организм. И если я доживу, а я мечтаю проработать главным врачом центра до 95 лет, побив все рекорды долголетия, то в 95 лет, оставаясь на этом посту, я, наверное, скажу: ой, еще не все сделано. Если кажется, что всего достиг, — это смерть. А жизнь сама по себе очень интересна, просто надо организовать ее для себя правильно. Стоит только ручки сложить, и вот тебе — шах и мат.

Я люблю мечтать. Есть приземленные, так сказать, текущие мечты. Я, например, утром мечтаю о чем-то, но к вечеру так устаю, что мечты уходят, так и не сбывшись. А есть глобальные мечты. Я мечтаю, что у нас будет построена инфекционная больница, что здесь в центре будет поликлиника. И чтобы все было экстра-класса. И чтобы наше учреждение было лучшим в Калуге и в области, а может, и в России.

От редакции к читателям: Если у Вас появится желание рассказать о своем докторе, руководителе СПИД-центра, главвраче больницы, — пишите, мы будем рады опубликовать Ваш материал.



С руководителем региональной организации ЛЖВ А. Кропиновым



Предисловие

Мы стремимся распространять этот материал по всему миру. Поэтому мы рады копированию, перепечатке и переводам его на другие языки при условии сохранения авторских прав («Deutsche AIDS-Hilfe e.V.». В случае осуществления переводов и перепечаток просим направлять нам их копии для нашего архива по указанному адресу*. Переводы и перепечатки могут осуществлять только НПО либо НКО; они должны предоставляться бесплатно и не должны содержать рекламные объявления какого бы то ни было характера.

Тот факт, что наши данные используются во всем мире, обязывает нас постоянно обновлять этот обзор, чтобы предоставлять ЛЖВС бесперебойный доступ к актуальной информации.

Данное издание основано на результатах нового всемирного опроса представителей 186 стран, регионов и областей, который был проведен в период с ноября 2007 г. по июнь 2008 г. Мы хотели бы выразить нашу искреннюю благодарность МИД Германии, которое помогло осуществлению проекта, предоставив письма дипломатическим представителям, и таким образом обеспечило подробные ответы на наши вопросы.

Все данные, приведенные здесь, были опубликованы в сети Интернет организациями «AIDS Info Docu Switzerland» и «European AIDS Treatment Group» (EATG). Все данные доступны публич-

* Авторы: Peter Wiessner, Karl Lemmen. «Deutsche AIDS-Hilfe» e.V., 8-е издание. Берлин, сентябрь, 2008. Wilhelmstraße 138 10963 Berlin, Germany; Internet: <http://www.aids-hilfe.de>; советы: <http://www.aids-hilfe-beratung.de>; E-mail: dah@aidshilfe.de
** Просьба направлять уточнения/запросы по отдельным странам к Peter Wiessner: E-mail: peter-wiessner@t-online.de

но на сайте: www.hivtravel.org. При поддержке «International AIDS Society» (IAS) мы можем предоставлять здесь наиболее актуальную информацию на тему путешествий и миграции, а также постоянно вносить в нее появляющиеся изменения. Опыт показывает, что информация часто имеет короткий «период полураспада» и правила могут быстро меняться — как в лучшую, так и в худшую сторону.

Данные поддерживаются на актуальном уровне благодаря участию многих людей во всем мире — это отчеты от читателей, сотрудников НПО и правительственных организаций во всем мире и, что не менее важно, от людей, имеющих ВИЧ-инфекцию и путешествующих по миру. Мы хотим выразить всем им нашу самую искреннюю благодарность за поддержку в течение последних десяти лет. Пожалуйста, связывайтесь с нами и в будущем, если у вас появится какая-либо информация, которой еще нет у нас, или если вы найдете ошибки в нашей базе данных.

Мы хотим выразить нашу особую благодарность г-ну David H.U. Naeggy из Берна, который с самого начала поддерживает интернет-версию как веб-мастер. Без его душевной поддержки, экспертных знаний и вовлечения в дело, этот проект не мог бы быть реализован столь успешно. Мы также хотим поблагодарить г-жу Antje Sanogo из Мюнхена и г-на Nils Kroger из Кельна, которые предоставили нам бесплатные и бесценные услуги по переводу этого издания.

Karl Lemmen Peter Wiessner

От редакции: «Шаги экспресс» выражает особую благодарность нашему другу Арсению за перевод данного материала на русский язык, его адаптацию и подготовку к публикации.

Мобильность — важнейшее право людей, живущих с ВИЧ/СПИДом!

Для многих людей путешествия являются важным аспектом качества жизни. Другим необходимо находиться за рубежом в течение более продолжительного времени по личным или деловым причинам. Для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), путешествия могут быть сопряжены с большой неопределенностью, поскольку многие страны ввели в действие дискриминирующие законы о въезде и пребывании. Наша информация поможет в выборе соответствующего стиля поведения. Данные, представленные здесь, не только позволяют ЛЖВС безошибочно ориентироваться, но также показывают степень дискриминации против людей, живущих с ВИЧ.

Начиная наши исследования в 1999 г. с опроса иностранных представительств в Германии и немецких представительств в других странах, мы хотели не только задокументировать официальное законодательство для въезда и проживания ЛЖВС, но также хотели выяснить практические аспекты его исполнения. Данные, собранные нами, дополнили доступную информацию от «Aids Info Docu» (Швейцария) и Госдепартамента США. В последующие годы обратная связь и информация, собранная по всему миру, включались в непрерывный процесс обновления данных. Новый опрос всех дипломатических представительств, проведенный в период с ноября 2007 г. по июнь 2008 г., был призван обеспечить актуальность данных и собрать информацию о 186 странах¹.

Соответствующие указания на источник, время и место получения информации предоставляют пользователям возможность самим оценить актуальность данных. Информация, которая не удовлетворяет таким критериям, больше не включается в издание.

С помощью нового опроса количество стран, представленных здесь, увеличилось со 170 до 186; отсутствует информация только по 11 странам; 66 из 186 стран имеют ограничения на въезд для ЛЖВС. Также в 22-х странах нельзя исключать возможные ограничения в связи со спорной либо неточной информацией.

Большинство стран с ограничениями на въезд требуют обязательный анализ на ВИЧ. Тот факт, что полмира (47,3% стран, учтенных нами) продолжает ограничивать ЛЖВС, довольно печален. Однако тот факт, что 30 (!) стран не замедлят депортировать ЛЖВС либо потребовать их покинуть страну, если у них обнаружен ВИЧ/СПИД, просто пугает.

Список стран, которые требуют, чтобы ВИЧ-положительные иностранцы покинули их территорию:

1. Армения
2. Бахрейн
3. Бангладеш
4. Бруней
5. Венгрия
6. Гвинея (Экваториальная)
7. Египет
8. Иордания
9. Ирак
10. Йемен
11. Катар
12. Китай
13. КНДР (Северная Корея)
14. Кувейт

¹ Любые ссылки на «страны» в этом документе также подразумевают территории и районы. Просьба учитывать, что обозначения, применяющиеся в данном материале, не выражают каким-либо образом мнение авторов относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или области, их властей или определенных границ.

15. Малайзия
16. Молдова
17. Монголия
18. Объединенные Арабские Эмираты
19. Оман
20. Республика Корея (Южная Корея)
21. Российская Федерация
22. Саудовская Аравия
23. Сирия
24. Сингапур
25. Соединенные Штаты Америки
26. Судан
27. Таджикистан
28. Тайвань
29. Узбекистан
30. Шри-Ланка

Существует различие между правилами въезда для туристов (туристическая виза на срок пребывания 1–3 месяца) и правилами более длительного пребывания. Хорошая новость заключается в том, что туристическое пребывание оказывается проблемой для ЛЖВС только в редких случаях. Для более же длительного пребывания, например, для обучения либо работы, часто требуется специальное разрешение, которое не выдается ЛЖВС. В нескольких случаях также существуют особые правила даже для собственных граждан, вернувшихся из-за рубежа.

Вершина айсберга

Запреты на въезд, как правило, затрагивают людей, которые хотят жить в стране более чем три месяца. Необходимость предоставления результата анализа на ВИЧ зависит от продолжительности пребывания. Положительный результат анализа, как правило, приводит к отказу в разрешении на въезд либо к требованию покинуть страну, если человек уже находится в ней. Такие правила ограничивают ЛЖВС в выборе мест обучения и работы. В свете того, что ВИЧ превратился в хроническое заболевание, такая дискриминация неприемлема, поскольку ЛЖВС, как и другие граждане, должны планировать свое обучение и получать профессию.

ЛЖВС постоянно рискуют потерять то, что они построили: свою работу, финансовое благополучие, доступ к системе здравоохранения, свой дом, друзей и семью и, что самое важное, свою жизнь! Некоторые страны Азии и Ближнего Востока представляют собой наиболее плохие примеры. У нас есть ужасающие данные о людях, которые умирали во время ареста для депортации в ожидании отправки в свои страны из-за отсутствия доступа к терапии. Как правило, это относится к мигрантам, задержанным для депортации после обнаружения у них ВИЧ. Этому находится оправдание в юридических проблемах между соответствующими властями. Власти даже ограничивают въезд своих граждан, если они заражены ВИЧ или у них СПИД.

В данный момент существуют 14 стран, которые либо категорически отказывают во въезде ЛЖВС, либо также требуют раскрытия ВИЧ-статуса даже для краткосрочного пребывания. Это следующие страны:

1. Бруней
2. Египет
3. Ирак
4. Йемен
5. Малайзия
6. Оман
7. Катар
8. Сингапур
9. Судан
10. Южная Корея
11. Тунис
12. Острова Тёркс и Кайкос
13. Объединенные Арабские Эмираты
14. Соединенные Штаты Америки

Подлинный масштаб проблемы неизвестен

Данные, собранные здесь, освещают только формальные правила. Реальный масштаб дискриминации ЛЖВС описать невозможно. Не существует такой системы либо организации, которая централизованно собирала бы соответствующие факты и отчеты по ним. У нас есть только описания отдельных характерных случаев. Реальный масштаб таких ограничений становится еще более запутанным благодаря тому, что существующие законы иногда не применяются либо применяются одними чиновниками и не применяются другими. Нижеследующая информация дает представление о масштабе проблемы:

- В мире примерно 40 млн человек живет с ВИЧ и СПИДом. Большинство таких людей живет в так называемых развивающихся странах. Для выживания многим из них срочно требуется лечение.

- В соответствии с данными UNWTO (Всемирная организация по туризму при ООН), в 2007 г. в мире имело место примерно 900 млн случаев пересечения границ.

- Согласно расчетам ИОМ (Международной организации по вопросам миграции), примерно 191 млн работающих мигрантов живут за пределами своих стран. Комиссия ООН по делам беженцев (UNHCR) оценивает количество беженцев и людей, ищущих политического убежища, в 20,8 млн во всем мире.

- В свете того, что существует множество стран с дискриминирующими иммиграционными правилами, в будущем необходим более надежный мониторинг реальных условий. Это единственный способ продемонстрировать, как на ЛЖВС накладываются ограничения, и показать уровень дискриминации.

Серьезные проблемы для ЛЖВС

Анкеты для въездных виз часто содержат вопросы, касающиеся здоровья, например: «Страдаете ли Вы какими-либо инфекционными заболеваниями?» В случае, когда ВИЧ-положительные пассажиры решают не отвечать на такой вопрос правдиво, у них возникает проблема: необходимо прятать медикаменты, которые они везут с собой, и производить впечатление наиболее здорового состояния на соответствующих чиновников. На границе такие чиновники могут проверять багаж и/или проверять заполненные анкеты. Проверки также могут касаться физического состояния.

Те же, кто решают сказать правду, должны понимать, что скорее всего им будет отказано в разрешении на въезд. Только у нескольких стран есть особые правила, такие как заявления для получения специального разрешения на въезд — Visa Waiver (информация на эту тему доступна на www.hivtravel.org).

В случаях, когда необходимо предоставление медицинской справки при подаче заявления на визу либо на границе, необходимые анализы, как правило, должны быть сданы в аккредитованных клиниках или других медицинских госучреждениях. Только те, кто смогут представить необходимые справки, имеют шанс попасть в страну. Также остается вариант дачи взятки, как следует из имеющихся данных.

Некоторые страны требуют, чтобы иностранцы проходили регулярные медобследования, которые могут включать анализ на ВИЧ. Стоимость таких обследований не покрывает государство, что ставит социально незащищенные группы в неравное положение.

Другой уровень контроля применяется агентствами по найму рабочей силы для работы за рубежом. В анкетах

для медицинских работников (врачей, медсестер и т.п.) отрицательный анализ на ВИЧ — необходимое условие для того, чтобы просто быть приглашенным на собеседование. Таким образом, к примеру, набирается медперсонал из Южной Африки для работы на богатом Севере. Другие учреждения, такие как работодатели и вузы, также открыто требуют анализы на ВИЧ как необходимое условие найма на работу, принятие на учебу и получение стипендии.

В принципе, каждый, кто въезжает в страну, может оказаться в ситуации, когда необходимо предоставить информацию о других, «подозрительных», пассажирах. Такой случай произошел с ВИЧ-положительным пассажиром из Японии по пути в Китай. Он был выслан обратно следующим же самолетом, поскольку на борту его сосед подслушал разговор про ВИЧ.

Особенно тяжело бывает тогда, когда физическая форма не позволяет путешественнику скрыть или отрицать свою болезнь. В таких случаях чаще всего пограничный офицер имеет право принять решение о медобследовании. Тем, кто отказывается пройти такое обследование, не будет предоставлено право въезда в страну, как показывают примеры, поступившие из Малайзии.

Позитивные примеры есть, но они редки

Хотя позитивные примеры редки, они должны вселять в нас уверенность, что всеобщее участие поможет изменить ситуацию к лучшему. Есть несколько стран, которые в последние несколько лет ослабили или отменили свои ограничения. Канадские активисты по вопросам ВИЧ и прав человека провели большую работу перед Всемирной конференцией по СПИДу в Торонто 2006 г. и добились изменения условий въезда для краткосрочных визитов.

Кроме всего прочего, это позволило ЛЖВС принять участие в конференции.

Впоследствии Международное общество по проблемам СПИДа (IAS) в 2007 г. заявило, что не будет проводить Всемирную конференцию по СПИДу в странах, отказывающихся во въезде ЛЖВС.

Давление Глобального фонда по отмене рабочей встречи в Китае в случае, если китайское правительство не согласится убрать из въездной анкеты вопрос о ВИЧ/СПИДе, говорит о том, что общество увидело эту проблему.

Создание в UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу) международной рабочей группы — это тоже позитивный знак, который говорит о том, что проблема въездных ограничений для ЛЖВС сдвинулась с мертвой точки. И последний, но не менее важный, факт — июньская просьба Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна положить конец такой форме дискриминации — получил международный отклик.

Важным фактом было и есть то, что масштаб проблемы необходимо разъяснять снова и снова. Мы рады видеть, что в такой ситуации собранные нами данные показали себя как необычайно сильный политический инструмент.

Эти примеры должны давать нам силы и в будущем бороться против неверного восприятия ЛЖВС (фактор стоимости, носителя вируса, источник опасности), которое является причиной этих дискриминационных ограничений.

Разъяснение вклада в развитие общества, который привносят ЛЖВС, — это важный шаг против политики отторжения, и США здесь — наиболее экстраемальный пример.

Когда мы начинали свою работу, то в первую очередь хотели улучшить качество консультирования в сфере помощи ЛЖВС. Прошло достаточно много времени, прежде чем мы осознали весь масштаб существующей проблемы: это

борьба за основное право человека, которое связано с безопасностью жизни и с медицинским обслуживанием, необходимыми для выживания.

Пока что мир не очень открыт для ЛЖВС. Наша миссия — изменить это! И здесь нам нужна ваша поддержка.

Изменения и тенденции в последние годы*

2001 — В мире. Принятие декларации UNGASS (Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу): «Мы берем на себя обязательство к 2003 году представить, утвердить и ввести в действие подходящие законы и другие меры, направленные на отмену любой формы дискриминации, которой подвержены ЛЖВС и другие уязвимые группы, и предоставить им полный доступ ко всем основным правам и свободам».

2002 — Канада. Утверждение обязательных тестов на ВИЧ для всех иностранцев, которые въезжают в Канаду более чем на 6 месяцев. Разрешение на въезд не выдается большинству ВИЧ-положительных иностранцев.

2002 — Австралия. Введены в действие существенные ограничения на въезд. Появилась индивидуальная оценка стоимости для государства, основанная на ожидаемой продолжительности жизни, стоимости лечения и других медицинских расходов. ЛЖВС все чаще отказывают в разрешении на иммиграцию.

2003 — Великобритания. Правительство предлагает, чтобы люди, подающие на политическое убежище, проходили обязательный тест на ВИЧ. Траст «Terence Higgins» успешно провел всестороннюю кампанию против планируемых мер.

2004 — Новая Зеландия. Иммиграционные службы подтверждают, что начиная с 2005 г. вводится тестирование мигрантов на ВИЧ. Установлена квота: будет допущено не более 20 ВИЧ-положительных в год.

2004 — Сальвадор. Страна решает отменить существующие ограничения на въезд и пребывание.

2004 — Швейцария. В соответствии с репортажами СМИ, власти, ответственные за здравоохранение, планируют утвердить обязательные тесты на ВИЧ для людей, просящих политическое убежище. После протестов прессы и экспертов тесты остаются добровольными.

2004 — В мире. ИОМ/UNAIDS публикует обращение в связи с ограничениями на въезд. Документ глубоко осуждает обязательное тестирование на ВИЧ и дискриминацию, связанную с ВИЧ.

2004 — Великобритания. Правительство отказывается от внедрения обязательного тестирования на ВИЧ людей, просящих политическое убежище.

2004 — США. 10 июля 2004 г. Сенатор Kerry обещает, что ограничения, связанные с ВИЧ, будут отменены в случае, если он будет избран президентом. Избрание Джорджа Буша временно снимает вопрос с повестки дня.

2006 — Канада. Перед Всемирной конференцией по СПИДу в Торонто большая работа по лоббированию, проведенная канадскими активистами, приводит к отмене ограничений для краткосрочных визитов. В дальнейшем Канада не будет требовать раскрытия ВИЧ-статуса для короткого пребывания.

2006 — Франция. Активисты во главе с открытым ВИЧ-положительным Жан-Люком Ромеро начинают кампанию в СМИ по привлечению внимания к дискриминирующим въездным ограничениям в США.

2006 — США. 1-го декабря американский президент Джордж Буш объявляет о планируемых изменениях в регулировании въезда по краткосрочным туристическим визам и деловым визитам. К

* Обзор составлен Peter Wiessner и David H.U. Haerry.

настоящему времени ничего из анонсированного в СМИ не воплощено в жизнь.

2007 — Австралия. Премьер-министр Австралии Джон Ховард в преддверии международной конференции по СПИДу в Сиднее делает заявление о способах наблюдения за ЛЖВС, поскольку они представляют угрозу для здоровья других людей. Это приводит к массовым протестам мирового ВИЧ-сообщества перед началом конференции.

2007 — Норвегия. МИД Норвегии, совместно с активистами ВИЧ-сообщества, проводит в октябре в Осло двухдневную конференцию, на которой обсуждаются различные факты дискриминирующих правил въезда, особенно для мигрантов.

2007 — Китай. Глобальный фонд проводит переговоры с китайским правительством об изменении в правилах въезда, чтобы в стране в будущем также можно было проводить международные встречи. Между тем отменены спорные вопросы во въездной анкете. Ожидается, что к Олимпийским играм реальная ситуация должна улучшиться.

2007 — В мире. Международное общество по проблемам СПИДа (IAS) подготавливает заявление, в котором еще раз подтверждается, что основные конференции по СПИДу будут проводиться только в странах, не требующих раскрытия ВИЧ-статуса при въезде.

2007 — Норвегия, Швеция, Дания. Министры иностранных дел Норвегии, Швеции и Дании обращаются с открытым письмом к своей американской коллеге Кондолизе Райс, в котором они просят пересмотреть ограничения, направленные против ЛЖВС. В первый раз обсуждение вынесено на государственный уровень. Министры до сих пор не получили ответ.

2008 — В мире. В февралье UNAIDS созывает рабочую группу по вопросу ограничений на въезд для ЛЖВС. В ней представлены сообщество, НПО, правительства и такие международные институты, как ИОМ (Международная организация по вопросам миграции), ИО (Международная организация труда), WHO (Всемирная организация здравоохранения), UNAIDS (Международная программа ООН по ВИЧ/СПИДу), UNHCR (Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев). Задача состоит в том, чтобы поставить вопрос на повестку дня в политическом мире и разработать предложения и варианты решения проблемы.

2008 — Европа. Европарламент просит Еврокомиссию исключить ВИЧ-положительных европейцев из программы Visa Waiver (специальное разрешение на въезд) в визовых переговорах между Европой и США. Ко всем европейцам должен быть единый подход; 309 депутатов проголосовали за, 218 — против и 4 воздержались.

2008 — Суринам. Республика Суринам ужесточает ограничения на въезд ЛЖВС из некоторых регионов. Пассажиры, прибывающие из стран с визовым въездом в Суринам из Африки, Азии и Восточной Европы, должны, в дополнение к медицинской страховке, предоставлять медицинскую справку об отсутствии проказы, ЗППП, гепатита В, туберкулеза и ВИЧ.

2008 — В мире. В контексте встречи UNGASS (Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД) в Нью-Йорке, вопрос ограничений на въезд до сих пор является насущным. В открытых письмах представители сообщества указывают на лицемерие происходящего, когда встреча по ВИЧ на высшем уровне проходит в стране, которая грубо подавляет права ЛЖВС. Делается акцент на том, что не может быть «равных возможностей», пока ЛЖВС ограничивают с помощью установления правил въезда. Письмо с подписями 345 организаций,

содержащее результаты нашей работы, передано послам стран с ограничениями на въезд.

2008 – ООН – Нью-Йорк. 11 июня Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун просит страны мира отменить ограничения на въезд, связанные с ВИЧ. Он определяет эти ограничения как оскорбление человечности. Дискриминация такого рода может только загнать вирус в подполье и пересеркнуть все усилия по борьбе с ним.

2008 – США. Конгресс США отменил запрет на въезд в США, содержащийся в иммиграционном акте, приняв билль PEPFAR (экстренный план президента по противостоянию СПИДу) 24 июля 2008 г. После подписания президентом Бушем 30 июля, билль стал законом. Однако запрет на въезд еще только должен быть отменен Департаментом здравоохранения (HHS). Департамент должен рассмотреть данный вопрос и исключить ВИЧ из списка болезней, угрожающих общественному здоровью. Возможно, это произойдет только после вступления в должность нового президента США Б.Обамы.

**Советы по пользованию
Кратким справочником**

• Краткий справочник содержит текущую информацию по 186 странам. Если указано, что информация по огра-

ничениям на въезд отсутствует, это означает, что мы не смогли ее найти, либо ранее полученная информация устарела.

• В разделе «Правила въезда» представлена информация по туристическим поездкам сроком примерно на один месяц. К счастью, есть только несколько стран с развитым туризмом, которые полностью запрещают въезд ЛЖВС.

• Раздел «Правила проживания» относится к более длительному пребыванию (обычно более 3-х месяцев). Часто – в связи с разрешением на учебу или работу.

• Раздел «Комментарии» включает информацию из разных источников и, кроме того, указывает на противоречие имеющихся данных. Также включена информация о желтой лихорадке. Большой объем остальной информации (оригинальные тексты из посольств) перечислен в списке источников (редакция 2008 г.)

• В основном нижеследующее утверждение верно даже для стран, в которых ограничения существуют: как правило, у туристов не возникает проблем в случае, если ВИЧ-статус не раскрывается. Однако, если кого-либо подозревают в положительном ВИЧ-статусе, власти могут отказать во въезде без других обоснований. Особенно это относится к США и Китаю. Значки с красной лентой или другие явные признаки ВИЧ не стоит надевать во время въезда.

У людей, принимающих терапию против ВИЧ, могут возникать проблемы, если им необходимо провозить препараты с собой. Мы рекомендуем перепакетывать лекарства в нейтральные упаковки.

В зависимости от ситуации может быть полезно иметь с собой справку от врача (на английском или на языке страны, в которую необходимо въехать) с указанием причин, по которым принимаются лекарства. Также там должно быть указано, что лекарства прописаны врачом. Брошюру с полезными рекомендациями для ЛЖВС в отношении правил въезда можно найти в списке источников в тексте, касающихся ограничений на въезд в США (брошюра доступна на сайте www.hivtravel.org).

Важное значение имеют «Правила вакцинации»: в то время, как некоторые правила не являются проблематичными для ЛЖВС, другие могут нести серьезные риски для здоровья (особенно прививка от желтой лихорадки). Поскольку правила могут меняться достаточно часто, мы рекомендуем уточнить эти вопросы у лечащего врача либо в институте тропических болезней.

**Символы, используемые
в таблице**

(#) – Некоторые источники содержат противоречивую информацию. Мы рекомендуем внимательно изучить ис-

точники из полной версии списка источников, и в зависимости от ситуации, в которой находится человек, оценить всю полученную информацию.

Источники использованной информации отмечены в последней колонке таблицы номером. Ссылка приведена в отдельных полях только в тех случаях, когда информация из разных источников дополняет либо противоречит друг другу.

1 – Информация от посольства целевой страны в Германии.

2 – Информация от посольства Германии в целевой стране.

3 – «Aids Info Docs», Швейцария. Источник: Федеральный департамент иностранных дел, Берн/СН, DP VI/ Секция консульской защиты, 15.03.2000.

4 – Веб-страница Госдепартамента США; Публикации по путешествиям / декабрь 2006 г. (http://travel.state.gov/travel/tips/brochures/brochures_1229.html) по состоянию на 1 июля 2007 г. (в настоящее время недоступна).

5 – Информация от НПО, ведущей деятельность в соответствующей стране.

6 – Данные, полученные от СМИ.

7 – Сайт Департамента иностранных дел и международной торговли Канады (<http://www.voyage.gc.ca/dest/report-en.asp?country=82000>).

В нижеследующей таблице представлен обзор правил въезда и проживания, о которых нам известно по состоянию на июнь 2008 г.

Страна, территория, область	Правила въезда	Правила проживания	Комментарии	Источник
Австралия	Ограничения для туристов отсутствуют (2, 3, 5)	Вид на жительство может быть выдан ЛЖВС, если есть соответствие определенным критериям (2, 3, 5). Тест на ВИЧ для иностранцев (с 15 лет), желающих проживать в Австралии (2, 3). Заявители на вид на жительство моложе 15 лет должны пройти тест, если они должны быть усыновлены, либо в прошлом им проводилось переливание крови (4). Те, кто хочет проживать в Австралии, должны убедить власти, что они: а) не будут финансовой нагрузкой на систему здравоохранения, б) не представляют опасность общественному здоровью, в) не ущемляют доступ австралийских граждан к системе здравоохранения (5)	Перед отправлением посетители с сомнительным статусом здоровья, въезжающие на длительный срок, должны пройти проверку состояния здоровья в определенных клиниках. Особенно это относится к молодым путешественникам, имеющим хронические заболевания (5). Иммиграционная служба имеет право отклонить возможность въезда, если есть подозрение, что человек болен (2)	2, 3, 4, 5
Австрия	То же (1, 5)		Ранее имевшаяся информация о том, что иностранцы, подающие на вид на жительство более, чем на 5 месяцев, должны предоставить медсправку, более не действительна	1, 5
Азербайджан	То же (2)			2
Албания	То же (1, 2, 5)			1, 2, 5
Алжир	То же (1)	Ограничения по въезду и проживанию отсутствуют. Иностранцы, у которых выявлен ВИЧ, не подвергаются каким-либо ограничениям (1). Тест на ВИЧ обязателен при подаче документов на вид на жительство (4)	Информация, касающаяся правил проживания, противоречива. Если Вы располагаете информацией, которая может прояснить ситуацию, просим Вас связаться с авторами	1, 4 (#)
Ангола	То же (2)	Ограничения по въезду и проживанию отсутствуют. Иностранцы, у которых выявлен ВИЧ, не подвергаются каким-либо ограничениям (2). Тест на ВИЧ требуется для всех иностранцев, подающих на рабочую визу и вид на жительство. В случае необходимости консульский отдел Посольства Анголы имеет право запросить дополнительную информацию (4)	При въезде требуется предъявление Международного сертификата о вакцинации. В сертификате должна содержаться информация о прививке от желтой лихорадки (4). Информация о правилах проживания противоречива. В случае, если у Вас есть информация, которая может прояснить ситуацию, мы просим Вас связаться с авторами	2, 4 (#)
Андорра	То же (1)	Существуют специальные правила для тех, кто подает документы на вид на жительство либо разрешение на работу. Заявление будет отклонено в случае, если у заявителя присутствует болезнь: а) представляющая потенциальную угрозу общественному здоровью, б) не позволяющая заниматься трудовой деятельностью (1)	5 известных случаев отклонения заявлений с 2005 г; существуют обвинения в том, что тесты проводились без осознанного согласия (1)	1
Антигуа и Барбуда	Нет особых правил краткосрочного пребывания, в соответствии с информацией от МИД (2)	Нельзя полностью исключать возможность ограничений на долгосрочное пребывание. Проведение проверок здоровья иногда зависит от офицера иммиграционной службы. Правила долгосрочного пребывания часто не определены точно. Посольство не располагает информацией о проверках здоровья на границах (2)	Правительство опасается, что ЛЖВС могут иметь половые контакты с местным населением; это может ухудшить и без того сложное финансовое положение органов по охране здоровья (2)	2
Аргентина	Ограничения для ЛЖВС отсутствуют (2)		Информация от 2000 г. о том, что необходимы тесты на ВИЧ для пребывания до 3 месяцев, не подтверждается и скорее всего устарела	2
Армения	То же (2)	Иностранцы, находящиеся в стране, по закону могут быть депортированы, если у них обнаружена положительная реакция на ВИЧ (2)	Информация от 1999 г. о запрете въезда ЛЖВС не подтверждается. Мы не знаем, производится ли депортация на практике. В случае, если у Вас есть информация, которая может прояснить ситуацию, мы просим Вас связаться с авторами	2
Аруба	То же (4)	Требуется тест на ВИЧ для претендентов на иммиграцию (4)		4
Афганистан	Информация недоступна		Если Вы располагаете соответствующей информацией, просим Вас связаться с авторами	
Багамские о-ва	На данный момент информация отсутствует		Устаревшая информация говорила о том, что ЛЖВС не допускаются к въезду в страну. В случае, если у Вас есть информация, которая может прояснить ситуацию, мы просим Вас связаться с авторами	

Продолжение следует

Вести отовсюду**О сотрудничестве
Российской Федерации и ЮНЭЙДС
по решению проблем ВИЧ/СПИДа**

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г. Онищенко и исполняющий обязанности регионального директора Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) Фриц Лериссон обсудили вопросы сотрудничества Российской Федерации и ЮНЭЙДС по решению проблем ВИЧ/СПИДа.

В ходе встречи было отмечено эффективное сотрудничество России и ЮНЭЙДС по решению проблем ВИЧ/СПИДа на протяжении более 10 лет. Представитель ЮНЭЙДС отметил высокий уровень приверженности Российской Федерации к реализации мер по профилактике и лечению заболеваний. Было отмечено, что, несмотря на мировые проблемы в финансовой сфере, российское правительство выполняет все взятые социальные обязательства, в том числе по обеспечению пациентов с ВИЧ-инфекцией необходимым лечением и расширению программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди общего населения и в особо уязвимых группах.

В рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, также фактически финансируемого за счет средств федерального бюджета, лечение антиретровирусными препаратами получают около 55 тыс. ВИЧ-инфицированных, т.е. практически все нуждающиеся.

На реализацию программ профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе при участии неправительственных организаций, выделено в 2009 году 400 млн рублей.

С целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку получили антиретровирусные препараты 8367 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, процент охвата составил – 93,7%.

Полный курс химиопрофилактики (во время беременности, родов и ребенку) прошли 85,3% ВИЧ-инфицированных беременных женщин или 7138 пар мать и ребенок.

В 32 «пилотных» субъектах Российской Федерации лечение против вирусных гепатитов получили 6496 человек.

Таким образом, Российская Федерация одна из немногих стран, которая в соответствии со взятыми международными обязательствами устойчиво продвигается к цели обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа. Вместе с тем, Г.Г. Онищенко еще раз отметил неприемлемость внедрения в Российской Федерации программ заместительной терапии метадонном для потребителей инъекционных наркотиков, на которой настаивают международные организации, ссылаясь на рекомендации ВОЗ и международный опыт.

ЮНЭЙДС также намерена поддерживать лидирующую роль Российской Федерации в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Подтверждением этому явилось согласие Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу выступить в роли соорганизатора Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, которая является крупнейшим региональным форумом, посвященным данной проблематике, и уже в третий раз состоится в Москве 28–30 октября 2009 года.

Официальный сайт Роспотребнадзора

**Совещание в Управлении
по наркотикам и преступности ООН**

5 марта 2009 г. состоялось совместное рабочее совещание экспертов, представителей правительственных и неправительственных организаций – участников проекта «Расширение доступа к программам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и в местах лишения свободы в Российской Федерации», реализуемого Управлением по наркотикам и преступности ООН с целью представления предварительных результатов оценки хода проекта.

Фонд «Российское здравоохранение» – один из соисполнителей данного проекта, который реализует компонент по повышению уровня знаний и навыков медицинских специалистов системы ФСИН посредством практико-ориентированного образования, направленного на формирование профессиональных навыков в шести регионах Российской Федерации.

Цель совещания – анализ достигнутых результатов по предоставляемым услугам, определение дальнейших направлений деятельности и выработка рекомендаций по укреплению партнерства с соответствующими правительственными структурами.

В совещании приняли участие начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом Роспотребнадзора РФ А.Т. Голиусов, начальник отдела изучения проблем медицинского обеспечения осужденных ФБУ НИИ ФСИН РФ Р. Юсуфов, глава представительства Управления ООН по наркотикам и преступности по России и Белоруссии А. Шмидт, проектный координатор Управления по наркотикам и преступности ООН И. Екабсоне, представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, руководители проектов из Воронежа, Иркутска, Челябинска, и.о. главы офиса ЮНЭЙДС в РФ М. Семенченко, и.о. программного координатора по ВИЧ/СПИДу Всемирной организации здравоохранения Е. Вовк, а также независимые эксперты Института психического здоровья и зависимостей Королевства Нидерландов «Тримбос» Б. Кейзер и Д. Коолз.

www.srhiv.mednet.ru

**Пропуски приема препаратов
против ВИЧ остаются очень опасными**

Люди, которые регулярно пропускают прием антиретровирусных препаратов, подвержены повышенному риску смерти. Об этом сообщается в результатах исследования, опубликованных в апрельском номере журнала «JAIDS».

В 1995–1996 годах впервые появилась комбинированная антиретровирусная терапия – единственный эффективный метод лечения ВИЧ-инфекции. Однако очень скоро стало очевидно, что успех такой терапии в первую очередь зависит от того, насколько человек способен принимать все дозы лекарств вовремя. Появились исследования приверженности пациентов (соблюдения режима лечения). Было доказано, что если человек принимает менее 95% доз препаратов вовремя, то это повышает риск неудачи в приеме терапии и развития резистентности, то есть устойчивости вируса к препаратам. Однако не так давно появились новые данные о том, что для приема современных режимов терапии приверженность лечению уже не так важна.

Доктор Вивиан Лима и ее коллеги из Центра по борьбе с ВИЧ/СПИДом Британской Колумбии в Ванкувере (Канада), решили определить, насколько важна приверженность для приема современных комбинаций терапии. Они проана-

лизировали истории болезни 903 ВИЧ-положительных пациентов одной из клиник по лечению ВИЧ в Ванкувере. Большинство пациентов были мужчинами, у 25% был опыт употребления инъекционных наркотиков.

Примерно 65% пациентов принимали терапию с нуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ) – обычно с Вираном (невирапином), а 35% начали прием терапии с ингибитором протеазы, усиленным небольшой дозой Норвира (ритонавира) – обычно с препаратом Калетра (лопинавир с ритонавиром). В среднем истории болезни пациентов можно было отследить в течение трех лет.

Доктор Лима и ее коллеги определяли приверженность лечению по тому количеству таблеток, который получали пациенты в аптеке. Ученые установили, что у 40% пациентов уровень соблюдения режима лечения был ниже 95%. Это значит, например, что если человек принимает препараты один раз в день, то он пропускал их прием чаще одного раза в месяц. Более того, с течением времени приверженность терапии снижалась. Если через шесть месяцев в среднем пациенты принимали 79% доз препаратов вовремя, то к концу третьего года уровень приверженности составил 72%.

Хотя в целом смертность среди пациентов была низкой, команда Лимы обнаружила, что если люди принимают менее 95% доз препаратов вовремя, то риск смерти по любой причине для них был выше в три раза. Они также обнаружили, что люди, которые пропускали прием терапии с эфавиренцем (Стокрин, Сустива, Атрипла) умирали в семь раз чаще. Однако нужно подчеркнуть, что другие исследования показали очень высокий уровень успешности терапии с эфавиренцем, даже среди пациентов, чья приверженность ниже 95%.

Авторы пытались исключить влияние других факторов на результаты исследования, например, уровня CD4 и вирусной нагрузки на начало лечения. Однако они признают, что не знают, кто из пациентов продолжал употреблять инъекционные наркотики. При этом употребление наркотиков – это один из основных факторов, повышающих риск смерти среди людей с ВИЧ.

poz.ru

**Американская больница предупредила
три тысячи пациентов о возможном
инфицировании ВИЧ и гепатитом**

Более трех тысяч пациентов больницы для ветеранов в Майами (США) были уведомлены о том, что процедура колоноскопии была сделана им с помощью неправильно стерилизованного оборудования, сообщает Fox News.

Несмотря на свои заявления о том, что риск заражения минимален, руководство больницы настоятельно рекомендовало 3260 пациентам, прошедшим колоноскопию с мая 2004 по 12 марта этого года, сдать анализы на ВИЧ, гепатит и другие заболевания.

Это уже третий подобный случай в системе больниц для ветеранов США. В прошлом месяце 6378 пациентов одной из клиник штата Теннесси были уведомлены о возможном заражении после прохождения колоноскопии. В оториноларингологической клинике города Огаста (Джорджия, США) 1800 ветеранов также могли заразиться в результате процедуры, проведенной нестерильными инструментами.

medportal.ru