

Рост смертности от ВИЧ-инфекции в России в 2000-2015 годах (анализ данных демографической статистики)

(Доклад на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. 11–14 апреля 2017)

Введение

С начала 1990-х годов, когда причина смерти «болезнь, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (далее - ВИЧ-инфекция) начала фиксироваться статистикой смертности в России, годовое число смертей от ВИЧ-инфекции как основного заболевания возросло с 8 в 1990 г. до 15,1 тыс. в 2015 г. (82,8 тыс. смертей суммарно за 1990-2015 гг.). Это привело к тому, что случаи смерти от болезней, вызванных ВИЧ, составили практически половину всех смертей от инфекционных заболеваний (45% в 2015 г.), в то время как на все формы туберкулеза, смертность от которого была традиционно высока в России, приходилось 39% смертей.

Эпидемиологи, изучающие распространение ВИЧ довольно редко обращаются к официальной статистике смертности, которая основана на концепции «первоначальной (основной) причины смерти». Дело, видимо, в том, что между заражением ВИЧ и смертью от болезни, вызванной ВИЧ, может пройти много времени², и данные о смертности не позволяют оперативно следить за эпидемиологической ситуацией. Кроме того, ВИЧ-инфекция в некоторых случаях может являться сопутствующей причиной смерти, например, при хроническом вирусном гепатите, циррозе, эндокардите, т.е. ориентируясь только на данные о смертности можно занижить масштабы распространения ВИЧ.

Обратиться к данной теме нас побудили ряд обстоятельств.

На протяжении 1990-х годов уровень смертности от ВИЧ-инфекции в России оставался невысоким, но с 2000 г. начал устойчиво расти. В 2000-07 гг. средний прирост стандартизованного коэффициента смертности (СКС) составлял 54% у мужчин и 69% у женщин. С 2008 г. ежегодный прирост СКС стабилизировался и составляет около 20% в год (рис. 1). При сохранении текущей тенденции до 2031 г., уровень смертности от ВИЧ-инфекции превысит, к примеру, уровень смертности от новообразований. Несмотря на очевидную актуальность данной темы, мы не обнаружили ни одной серьезной попытки проанализировать демографические данные о смертности россиян от ВИЧ-инфекции, что вероятно связано с определенными ограничениями данных о смертности и/или с недостаточным осознанием масштабности данной проблемы.

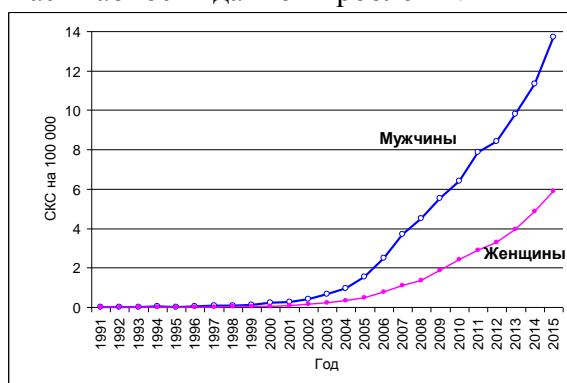


Рисунок 1. Изменение стандартизованного коэффициента смертности от ВИЧ-инфекции в России, 1991-2015 гг.

¹ НИУ «Высшая школа экономики», Москва. E-mail: evand2009@yandex.ru

² По данным исследования, проведенного А.В. Покровской, продолжительность жизни после инфицирования ВИЧ без применения антиретровирусной терапии составляла в среднем 11,8 лет [Покровская и др. (2014). Продолжительность течения ВИЧ-инфекции и влияющие на нее факторы// Терапевтический архив. 11: 20-23]

В то же время объем и детальность доступной информации о распространении ВИЧ в стране представляется нам недостаточным. Последние данные, опубликованные Федеральным научно-методическим Центром по профилактике и борьбе со СПИДом (далее - Центр СПИД), относятся к концу 2014 г.³ Но самое главное, что эти данные не содержат информации о распределении инфицированных по однолетним возрастным группам, а в региональном разрезе – по возрасту или даже полу. Официальные данные Минздрава РФ и Роспотребнадзора, публикуемые Росстатом, еще более лаконичны и, на наш взгляд, нередко противоречат данным Центра СПИД. В этих условиях мы сочли необходимым использовать все доступные источники о смертности для исследования проблемы.

Данные и методы

Наш анализ полностью базируется на официальной статистике смертности, опирающейся на данные медицинских свидетельств о смерти и основанной на концепции «первоначальной причины смерти». Это означает, что в число умерших от ВИЧ-инфекции должны входить те умершие, у которых в медицинском свидетельстве «болезнь, вызванная ВИЧ» указана в качестве первоначальной причины смерти (основного заболевания). Важно учитывать, что поскольку болезнь, вызванная ВИЧ, не всегда является основной причиной смерти у ВИЧ-положительных людей, то и число умерших от ВИЧ-инфекции заведомо ниже общего числа смертей среди ВИЧ-положительных (лиц, инфицированных ВИЧ).

По данным Центра СПИД с 01.01.2000 по 31.12.2014 в России умерло 140,7 тыс. ВИЧ-положительных, в том числе 34,8 тыс. больных СПИДом⁴ (почти 25%). По данным статистики смертности от ВИЧ-инфекции за тот же период умерло 67,3 тыс. человек. Все эти несоответствия могут объясняться тем, что часть инфицированных могла умереть от ВИЧ-инфекции, по тем или иным причинам, не будучи зарегистрированной в качестве больных СПИДом, или умереть от иных заболеваний или насильственных причин. Также возможна неполнота охвата контингентов лиц, умерших от ВИЧ-инфекции, – не все ВИЧ-положительные состояли на учете, а также не все субъекты РФ исправно информировали Центр СПИД. Вместе с тем, процент расхождения уменьшается во времени (табл. 1).

Таблица 1. Числа умерших ВИЧ-положительных и умерших от ВИЧ-инфекции по данным разных источников, Россия, 2000-2014 гг.

Период	Данные Центра СПИД*		Умершие от ВИЧ-инфекции по данным статистики смертности**
	Число смертей среди ВИЧ-положительных	в том числе среди больных СПИДом	
2000-2014	140687	34805	67317
в том числе по отдельным периодам:			
2000-2004	5445	375	2441
2005-2009	48388	7739	17719
2010-2014	86854	26691	47157

Примечания: * По данным, опубликованным в Информационных бюллетенях «ВИЧ-инфекция» за 1999-2014 гг., изданных Центром СПИД. URL: <http://www.hivrussia.ru/>. Загружены: 07.11.2016.

** По данным Росстата за 2000-2014 гг. Таблица С51. Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти.

³ Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 40. Москва. 2015

⁴ Диагноз СПИД устанавливается в случае, если на фоне ВИЧ-инфекции имеется проявление хотя бы одно из вторичных заболеваний/состояний, свидетельствующих о развитии у пациента синдрома приобретенного иммунодефицита. Перечень состояний (всего 28) определен рекомендациями ВОЗ и представлен в [Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.03.2006 N 166 "Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»].

В 77% случаев причина смерти «болезнь, вызванная ВИЧ» установлена в результате патологоанатомического исследования. Но мы не можем утверждать, что случаи смерти от этой причины учтены полностью. По крайней мере, в ответ на многочисленные вопросы от региональных органов здравоохранения, Минздрав дал в 2016 г. дополнительные разъяснения по кодированию случаев смерти от ВИЧ-инфекции, потребовал исправить допущенные в январе-марте 2016 г. ошибки кодирования и представить отчет об исправлении ошибок.⁵ По-видимому, посмертная диагностика наличия в организме умершего ВИЧ не частое явление, так как требует довольно дорогостоящих лабораторных исследований,⁶ поэтому можно допустить, что подавляющее большинство умерших от ВИЧ-инфекции были при жизни установлены как ВИЧ-позитивные. Гипердиагностика ВИЧ-инфекции как причины смерти представляется нам маловероятной, поскольку по нашим наблюдениям, руководство региональных органов здравоохранения не заинтересовано в росте числа умерших от данной причины.

Основываясь на вышесказанном, мы полагаем, что данные Росстата о смертности от ВИЧ-инфекции являются наиболее полными и вполне пригодны для анализа динамики смертности от этой причины в России.

Кроме данных по России, мы используем данные о смертности от ВИЧ-инфекции в странах Европы, почерпнутые из базы данных Европейского бюро ВОЗ HFAMDB <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb> и в ряде других стран с надежной статистикой смертности согласно базы данных the Human Cause-of-Death Database <http://www.causesofdeath.org/cgi-bin/main.php>.

В анализе в основном используются традиционные демографические методы, включая анализ динамики возрастных показателей для календарных периодов и реальных поколений, а также стандартизованных коэффициентов смертности. Для стандартизации применяется Европейский стандарт ВОЗ 1976 г.

Для группировки регионов России по особенностям роста СКС мы использовали иерархический кластерный анализ, расстояние между регионами определялось с помощью коэффициента корреляции рядов СКС за период с 2000 по 2015 г. (группы строились по критерию максимума близости внутри групп).

Результаты

Возрастные особенности смертности календарных периодов и реальных поколений

Анализ возрастного профиля смертности за 2000-2015 гг. показывает, что в России возрастная кривая смертности имеет четко выраженный колоколообразный вид, а смертность от ВИЧ-инфекции почти полностью концентрируется в интервале возрастов от 20 до 59 лет с модой между 30 и 39 годами. Колоколообразный вид характерен для многих стран в период высокой смертности от ВИЧ-инфекции. Так же выглядит кривая в современной Украине или в Испании середины 1990-х годов. В США после 1999 г., когда максимум смертности от ВИЧ-инфекции был пройден, основание колокола расширилось и занимает интервал возрастов от 20 до 69 лет.

Увеличение СКС в России сопровождался ростом смертности во всех возрастах при медленном смещении модального возраста в сторону старших возрастов (рис. 2).

⁵ Указания Минздрава России о формулировке диагноза и кодировании причин смерти при ВИЧ-инфекции и туберкулезе. Письмо Минздрава РФ № 13-2/2-74 от 25 марта 2016. <http://www.patolog.ru/news/ukazaniya-minzdrava-rossii-o-formulirovke-diagnoza-i-kodirovanii-prichin-smerti-pri-vich>

⁶ Формулировка патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Класс I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» МКБ-10. Клинические рекомендации / Франк Г. А. и др. / Российское общество патологоанатомов. – М.: Практическая медицина, 2016. – 30 с.

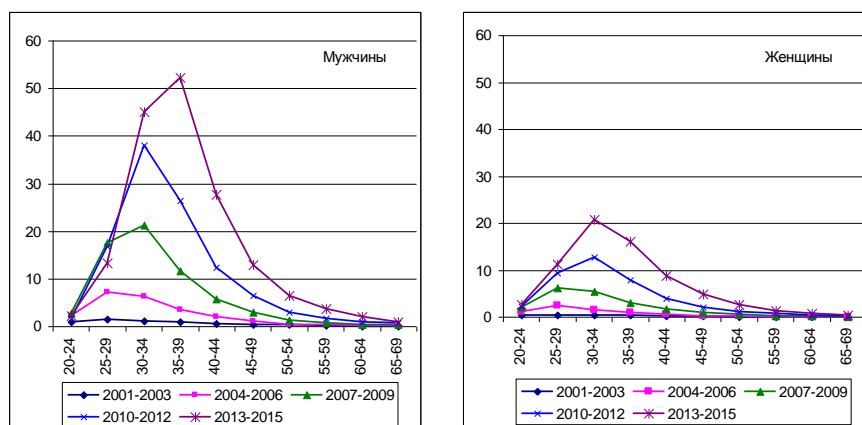


Рисунок 2. Возрастные коэффициенты смертности от ВИЧ-инфекции для календарных периодов, Россия, на 100 000 человек

Однако в отличие от, например, Испании⁷, колоколообразный вид кривой в России - результат соединения показателей смертности реальных поколений, в каждом из которых наблюдается последовательный рост. «Колокол», по существу, артефакт, порожденный тем, что в старших поколениях уровень смертности ниже, чем в средних.

Нами были рассчитаны когортные показатели смертности от ВИЧ-инфекции для поколений 1955-1990 годов рождения (г.р.) за 2000-2015 гг. (рис. 3). Возрастные коэффициенты смертности поколений начинают расти в возрасте 20 лет. Если поколению в начале 2000 г. было больше лет, то рост начинался с 2000 г. Возрастные коэффициенты смертности в когортах быстро растут с возрастом - средний относительный годовой прирост увеличивается от 0,2 до 0,4 с увеличением года рождения поколения. Несмотря на то, что величины прироста различаются, формы когортных кривых схожи и не зависят ни от года рождения, ни от того, начался ли рост смертности в 20 лет или позже.

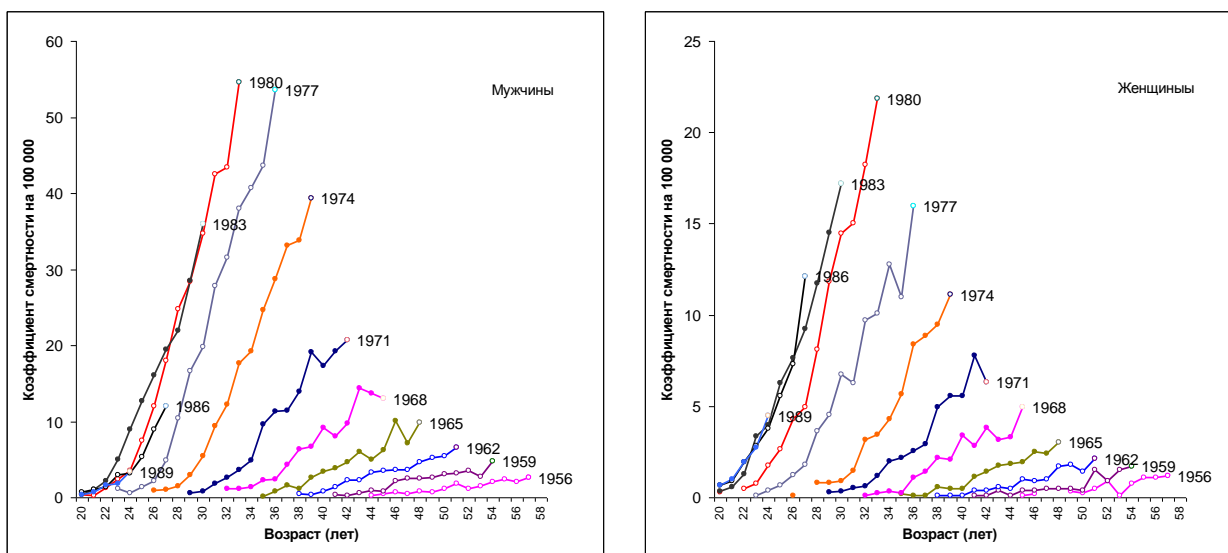


Рисунок 3. Возрастные коэффициента смертности от ВИЧ-инфекции в реальных поколениях после 01.01.2000, Россия, на 100 000 человек

Примечание: Год рождения поколения указан у конца линии. Изображено каждое третье реальное поколение. Чтобы подчеркнуть сходство динамики для мужчин и женщин, использованы разные шкалы.

Вероятность смерти мужчин от ВИЧ-инфекции в течение последних 10 лет наблюдения (т.е. между 01.01.2006 и 31.01.2015) растет почти экспоненциально от когорты 1955 г.р. до когорты 1975 г.р., а далее в когортах 1975-1984 г.р. почти

⁷ Castilla J., Polldn M., Lopez-Abente G. The AIDS epidemic among Spanish drug users: a birth cohort-associated phenomenon. *American Journal of Public Health.* 1997, 7 (5): 770-774.

стабилизируется на уровне более 1 смерти на 1000 двадцатилетних. У женщин экспоненциальный рост также продолжается до когорты 1975 г.р. с последующим изменением характера роста: быстрые скачки чередуются с короткими периодами стабилизации. Максимум в когорте 1984 г.р. составляет 0,6 смертей на 1000 двадцатилетних (рис. 4).

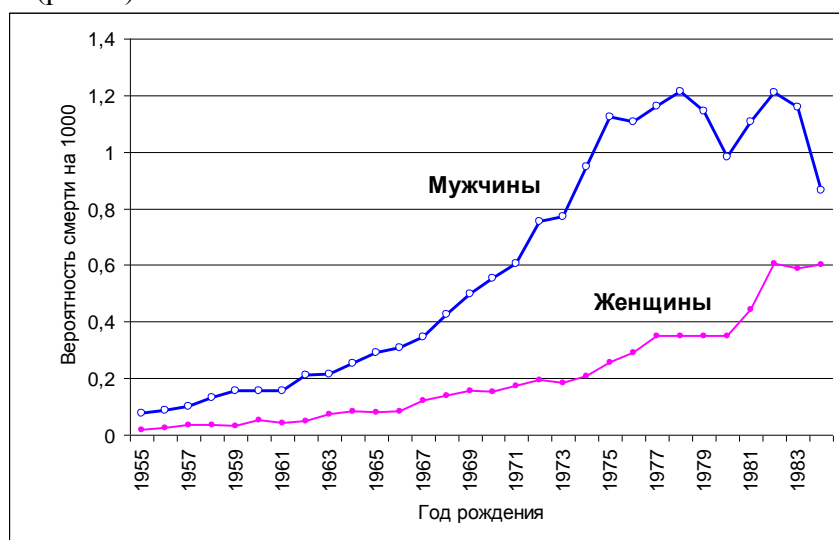


Рисунок 4. Вероятность смерти в когорте с 01.01.2006 по 31.01.2015, Россия, на 1000

Таким образом, на данный момент в результате смертности от ВИЧ-инфекции более всего пострадали когорты, родившиеся в 1975 г. и позже, которые шагнули в «эпоху ВИЧ-инфекции» в молодых возрастах. Стабилизация когортной вероятности смерти в возрастах 20-29 лет у мужчин вовсе не означает прекращение роста смертности. В сочетании с данными по календарным периодам она скорее говорит об оттеснении максимума смертности к старшим возрастам при сохранении общего роста.

Региональные особенности смертности от ВИЧ-инфекции

Текущая географическая картина смертности от ВИЧ-инфекции крайне неоднородна (рис. 5). Вместе с тем важной особенностью является формирование территориальных кластеров высокой смертности от ВИЧ-инфекции, которые, как показывает анализ временных рядов, постоянно расширяются:

- Средняя Волга и Урал (Самарская, Ульяновская, Оренбургская; Свердловская, Челябинская и Тюменская обл.);
- Юг Западной Сибири (Кемеровская и Новосибирская обл., Алтайский край);
- Прибайкальский регион (Иркутская обл. и респ. Бурятия).

Также следует отметить высокий уровень смертности от ВИЧ-инфекции в Крымском федеральном округе, Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

По данным Федерального Центра СПИД, у более половины ВИЧ - позитивных с установленными факторами риска заражения, основным фактором риска было указано употребление инъекционных наркотиков.⁸ Статистика публикует данные только об общей численности пациентов с наркоманией, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях⁹. Мы сопоставили региональные показатели СКС от ВИЧ-инфекции в регионах России в 2015 г. для двух полов вместе с численностью пациентов с наркоманией в расчете на 100 000 населения. Коэффициенты корреляции

⁸ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Справка ВИЧ - инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. <http://www.hivrussia.ru/files/spravkaHIV2014.pdf>.

⁹ Здравоохранение в России. Статистические сборники за 2001-2015 годы.

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734

Пирсона за 2005-2014 гг. лежат в интервале 0,56 - 0,63 ($p < 0,01$). В 2005 г. значение коэффициента максимально, в 2014 г. – минимально.

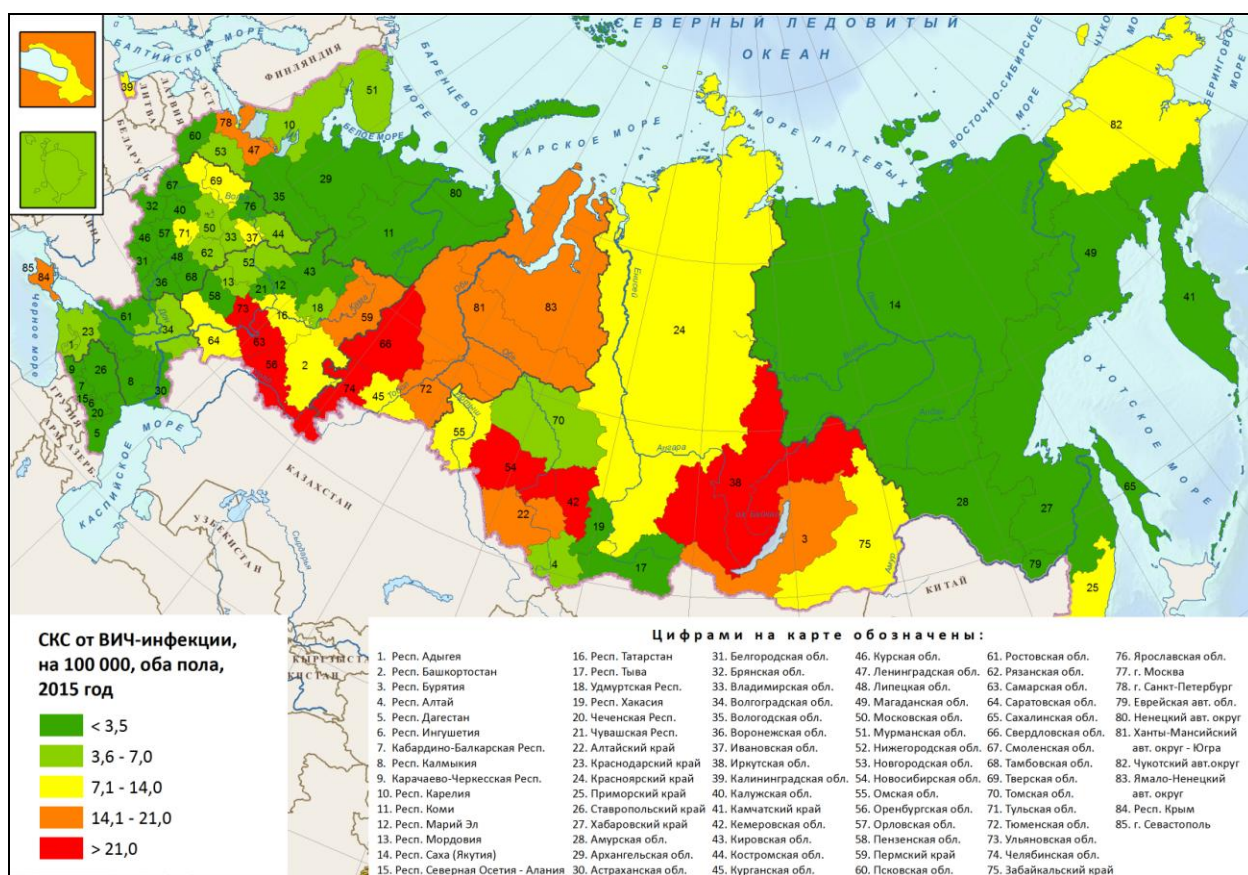


Рисунок 5. Смертность от ВИЧ-инфекции в регионах России, 2015 г.

В 2005 г. медиана распределения регионов по уровню СКС равна 4,13 на 100 000, а по числу пациентов с наркоманией 141,6 на 100 000. В регионах, где доля пациентов с наркоманией выше медианы, доля регионов с СКС выше медианы составляет ровно две трети, а там, где ниже медианы – ровно одну треть. Таким образом, пространственная дифференциация смертности от ВИЧ-инфекции связана с пространственной вариацией потребления наркотиков. Но для более строгих оценок нам явно не хватает информации.

Представленные на карте соотношения смертности в регионах существенно менялись во времени. В 2001-2005 гг. самые высокие уровни смертности от ВИЧ-инфекции наблюдались (в порядке убывания СКС) в Калининградской и Тверской областях, Краснодарском крае, Москве и Приморском крае. В 2006-2010 гг. список несколько изменился и включал только области: Калининградскую, Оренбургскую, Тверскую, Свердловскую и Самарскую. Даже для 2011-2015 гг. список отличен от ситуации на карте: Самарская, Иркутская, Свердловская, Кемеровская и Оренбургская области.

Мы попытались типизировать тренды СКС от ВИЧ-инфекции в субъектах федерации, используя иерархический кластерный анализ. Расчеты выполнены только для мужчин, показатели для которых выше и стабильнее во времени. Мы выделили три группы регионов, четвертую группу образует Псковская область. Результаты представлены на рисунке 6.

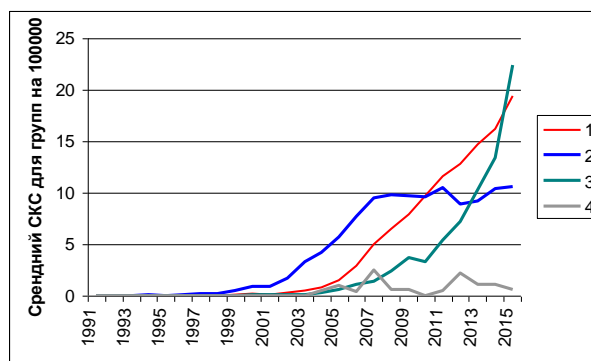
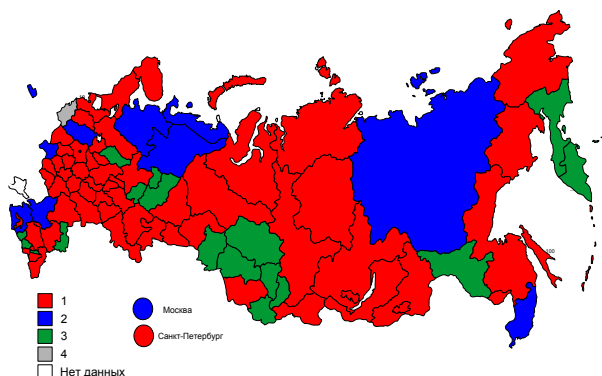


Рисунок 6. Типология траекторий стандартизованных коэффициентов смертности от ВИЧ-инфекции в регионах России, 1991-2015 гг.

Примечание. Левая панель - регионы, входящие в каждую группу; правая панель - средние невзвешенные траектории СКС в группе. Расчеты сделаны для Тюменской области включая ЯНАО и ХМАО; для Архангельской – включая Ненецкий АО.

Первая наиболее многочисленная группа содержит 54 региона (65% от численности населения России в 2015 г.), среднегодовой рост СКС за 2008-2015 гг. составил 19%, то есть был немного ниже среднего по стране. Вторая группа включает 10 регионов (21% населения), где основной рост СКС пришелся на период до 2008 г. В нее входят и упоминавшиеся выше пять территорий с самой высокой смертностью в 2001-2005 гг., и территории, где смертность от ВИЧ-инфекции в начале периода немного увеличилась, но далее рост прекратился – Архангельская, Брянская, Ростовская области, республики Коми и Саха (Якутия). Третья группа включает 15 регионов (12% населения), где уровень смертности от ВИЧ-инфекции долго оставался очень низким, но затем начался довольно быстрый рост. Кемеровская и Новосибирская области, Пермский край достигли весьма высокого уровня, Омская область оказалась в середине распределения, а в остальных из 15 уровень ниже среднего. Характерно, что, несмотря на различие траекторий, средний невзвешенный уровень СКС в первой и третьей группах различается в конце периода наблюдения очень мало, причем в третьей группе уровень выше. Во второй группе, где рост смертности начался раньше, конечный уровень оказался заметно ниже.

Россия на фоне стран Европы

Как следует из табл. 2 и рис. 7 ситуация со смертностью от ВИЧ-инфекции в странах Европы существенно различается. В 1990-х годах страны юга Европы - Испания, Португалия, Франция, Италия и Швейцария, а также Дания пережили существенный подъем смертности от ВИЧ-инфекции. Особенно высокой была смертность в Испании. Но в середине 1990-х годов смертность резко упала, а затем продолжила плавное снижение. Примерно также развивалась ситуация в других перечисленных странах.

В отличие от Южной Европы подъем смертности в Европейских странах, ранее входивших в состав СССР, пришелся на 2000 годы. Лишь Литве удалось избежать заметных потерь. В остальных странах Европы в середине 1990-х годов произошел небольшой подъем смертности от ВИЧ-инфекции, но ситуация была достаточно быстро взята под контроль.

Мы представили на рис. 7 динамику СКС от ВИЧ-инфекции в десяти странах Европы с самым высоким достигнутым в 1985-2015 гг. уровнем смертности от этой причины. Украина в таблице 2 следует сразу за Испанией, а Россия занимает 4 место. Но в Украине смертность от ВИЧ-инфекции снижается с 2012 г., а в России, Латвии и Эстонии рост смертности продолжается. Впрочем, в Латвии и Эстонии уровень смертности существенно ниже, чем в России.

Таблица 2. Максимальные стандартизованные коэффициенты смертности от ВИЧ-инфекции в 25 странах Европы с наибольшим наблюдавшимся в 1985-2015 гг. его уровнем

№	Страна	Год максимума	СКС на 100 000		
			Оба пола	Мужчины	Женщины
1	Испания	1995	14,06	22,84	5,37
2	Украина	2011	12,10	17,29	7,58
3	Португалия	1996	10,81	18,22	3,70
4	Россия	2015	9,69	13,72	5,88
5	Франция	1994	8,24	13,64	2,89
6	Италия	1995	8,06	12,61	3,56
7	Швейцария	1995	7,89	11,86	3,92
8	Дания	1995	4,69	8,29	1,07
9	Латвия	2012	4,40	6,60	2,32
10	Эстония	2011	4,38	7,12	1,89
11	Беларусь	2011	3,00	4,21	1,88
12	Румыния	1998	2,93	3,37	2,47
13	Нидерланды	1994	2,71	4,88	0,70
14	Германия	1994	2,46	4,24	0,66
15	Исландия	1993	2,32	3,90	1,11
16	Молдова	2010	2,22	3,15	1,51
17	Австрия	1994	2,17	3,57	0,74
18	Бельгия	1995	2,17	3,40	0,96
19	Мальта	1996	2,11	4,14	0,62
20	Норвегия	1993	1,60	2,55	0,63
21	Швеция	1995	1,49	2,42	0,53
22	Ирландия	1995	1,43	2,45	0,45
23	Люксембург	2012	1,31	1,96	0,78
24	Великобритания	1994	1,16	2,06	0,30
25	Литва	2012	0,98	1,67	0,33

Примечание. Год максимума определен по уровню показателя для двух полов вместе. Страны упорядочены по убыванию уровня этого показателя.

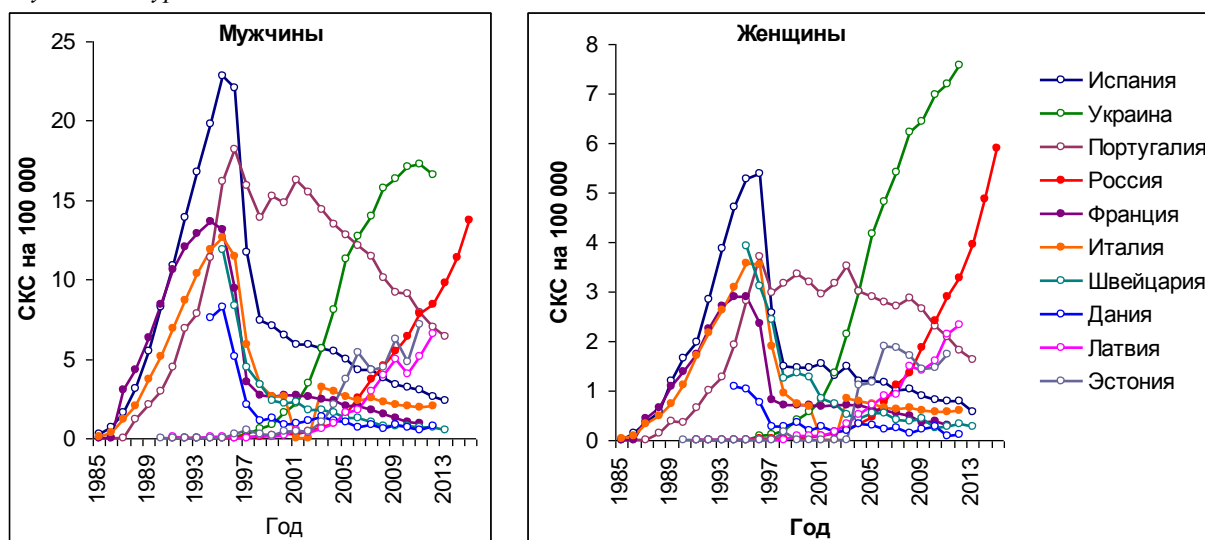


Рисунок 7. Динамика стандартизованных коэффициентов смертности от ВИЧ-инфекции в 10 странах Европы с Европы с самым высоким наблюдавшимся в 1985-2015 гг. его уровнем

Примечание: Чтобы подчеркнуть сходство динамики для мужчин и женщин, использованы разные шкалы.

Дискуссия

Первый, заслуживающий специального обсуждения вопрос – насколько реален рост смертности от ВИЧ-инфекции. В истории известны ситуации, когда главной причиной роста смертности оказывалось именно улучшение учета. Несомненно, прогресс диагностики мог повысить показатели смертности от ВИЧ-инфекции. Высказывалось также предположение, что массовость случаев лекарственно-резистентного туберкулеза в России в 1990-х связана с тем, что за многими из них скрывалась ВИЧ-инфекция.¹⁰ Можно ли предположить, что рост смертности от ВИЧ-инфекции есть следствие устранения ошибки в диагностике. На наш взгляд, этот процесс, скорее всего, имел место, но не был определяющим в росте смертности от ВИЧ-инфекции. Дело в том, как мы видели, рост смертности от ВИЧ-инфекции концентрируется до 45 лет, а снижение от туберкулеза пришлось на 38 лет и старше (рис. 8).

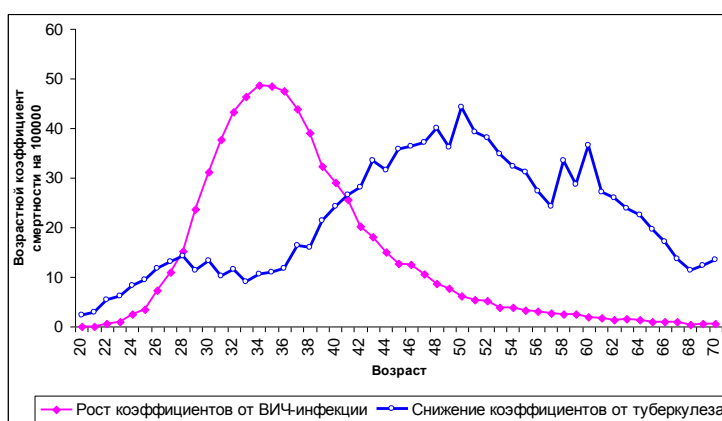


Рисунок 8. Рост возрастных коэффициентов смертности от ВИЧ-инфекции и снижение от туберкулеза в России между 2000-2005 и 2011-2015 гг.

Не представленный здесь анализ региональной дифференциации роста смертности от ВИЧ инфекции и снижения от туберкулеза также не обнаружил связи этих двух процессов.

Таким образом, приходится признать, что рост смертности реален. Мы установили, что он концентрируется среди молодых и более всего пока пострадали мужчины, родившиеся между 1975 и 1984 годами, которые вступили в новые социально-политические условия жизни совершенно к ним не подготовленными.

Мы обнаружили огромные межрегиональные различия в смертности от ВИЧ-инфекции, и статистическая корреляция подтверждает, что уровень смертности от ВИЧ-инфекции связан с распространенностью наркомании в регионе. Но вот какой-либо связи между смертностью от ВИЧ-инфекции и уровнем человеческого развития нам найти не удалось. Мы сопоставили стандартные индикаторы человеческого развития регионов (душевой ВРП с учетом покупательной способности; индекс дохода; ожидаемая продолжительность жизни; индекс долголетия; доля учащихся в возрасте 7–24 лет; индекс образования; индекс человеческого развития) за 2010 год¹¹ с СКС от ВИЧ-инфекции в регионе в 2006-2010 и 2011-2015 годах и не обнаружили ни одной заслуживающей рассмотрения статистической связи.

¹⁰ Demikhova O. V. Karamov E.V. The situation of HIV/M. tuberculosis co-Infection in Russia. The Open Infectious Diseases Journal, 2011, 5, (Suppl 1-M4) 36-50

¹¹ Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. Устойчивое развитие: вызовы Рио / Под общей редакцией С.Н. Бобылева, 2013. С. 150-151.

Самарская, Иркутская, Свердловская, Кемеровская и Оренбургская области, где СКС от ВИЧ инфекции в 2011-2015 гг. был выше, чем во всех других регионах, по индексу человеческого развития в 2010 году были, соответственно, на 25, 30, 11, 27, 12 местах из 80. На столь благополучные позиции их вывел уровень доходов. По продолжительности жизни и доли учащих в возрасте 7–24 лет пять областей в среднем занимали 40 место.

Россия столкнулась с проблемой ВИЧ, когда способы защиты от новой опасности уже были известны. Однако в отличие от развитых стран Западной Европы ситуация в России развивалась по самому неблагоприятному сценарию.

Успех Испании широко обсуждается в специальной литературе, его связывают с лечением метадонем, который заменяет наркоманам другие наркотики¹². Этот метод, рекомендованный ВОЗ запрещен в России. Примерно теми же методами выходили из трудной ситуации другие страны Южной Европы.

Большинство остальных стран Западной Европы, насколько нам известно, обошлись в основном профилактическими мерами: от раздачи одноразовых шприцов до пропаганды индивидуальных средств защиты от инфекции. В Германии, например, в середине 1990-х годов (в 1994 г. СКС мужчин повысился до 4,2 на 100 000) станции железной дороги были заполнены весьма агрессивной пропагандой, пример которой представлен на рис. 9.



Рисунок 9. Пример рекламы средств индивидуальной защиты от ВИЧ-инфекции в Германии в 2000-х годах

Примечание. Надписи на плакате, "Auch für Junges Gemüse!" - "Для молодых овощей!", "Gib Aids keine Chance" - "Не дайте СПИДу никаких шансов", "mach's mit" - "участуй в этом".

К сожалению, меры, которые активно применялись или применяются в Европе для профилактики распространения ВИЧ-инфекции, в России кажутся неприемлемыми. Принято думать, что бесплатная раздача одноразовых шприцов вызовет подъем наркомании, знакомство подростков со средствами защиты от инфекций, передающихся половым путем, приведет к падению марали и т.д. Своих и эффективных способов профилактики, судя по данным статистики, пока найти не удалось.

Бесплатное медикаментозное лечение всех ВИЧ-позитивных, в целом, одобряется, поскольку резко сокращают риск передачи инфекции и продлевает жизнь пациента до почти популяционного уровня.¹³ Однако для реализации подобных программ не хватает средств. В конце января 2017 г. Правительство очередной раз отказалось выделить необходимые дополнительные средства на борьбу с ВИЧ.¹⁴

¹² Torrens M., Fonseca F., Castillo C, Domingo-Salvany A. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. Bulletin of the World Health Organization 2013;91:136-141.

¹³ Samji H, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada, PLoS One. 2013; 8(12): e81355.

¹⁴ Подробнее на РБК: <http://www.rbc.ru/politics/25/01/2017/5888ad049a79470bb2887762>

Некоторые выводы

На наш взгляд, значительная часть российского общества относится к ВИЧ-позитивным как к маргинальной группе, куда, в основном, входят наркоманы и те, кто нарушал принципы целомудрия и воздержания. Подобная точка зрения ведет, в частности, к тому, что подростки по-прежнему не получают в школах информацию об индивидуальных средствах защиты от ВИЧ-инфекции.¹⁵ К счастью, современные подростки, в отличие от поколений 1975-1984 гг., могут получить информацию в интернете. Но, главное, общество не желает тратить на ВИЧ-позитивных и больных ВИЧ-инфекцией средства, которые могут быть использованы для других, более одобряемых целей.

Мысль, что оказывая медицинскую помощь и социальную поддержку больным, общество, прежде всего, защищает от инфекции здоровых, пока не кажется очевидной. Поэтому неочевидными кажутся и перспективы борьбы с эпидемией.

По нашему мнению принятый в 1995 г. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» не вполне соответствует новой, сложившейся в России эпидемической ситуации, поскольку распространение ВИЧ-инфекции уже произошло, и требует серьезного уточнения.

¹⁵ Информирование о средствах о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции предусмотрено Федеральным законом от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ.